



Høgskolen i **Hedmark**
Avdeling for folkehelsefag

Camilla Håvemoen

Masteroppgave

”Tenner, helse og identitet”

**Periodontitt; En narrativ tilnærming av pasienters opplevelser rundt
det å leve med en kronisk tannkjøttsykdom**

"Teeth, health and identity"

Periodontitis; A narrative approach of patients' experiences related
to living with a chronic gum disease

Master i folkehelsevitenskap, med vekt på endring av livsstilsvaner

HØGSKOLEN I HEDMARK

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Forord

To år har gått siden jeg startet på mitt masterstudie ved Høgskolen i Elverum. To lange og krevende år. Jeg kan derfor være både lettet og glad når jeg nå sitter her å skriver forord til min avhandling, og som siste dag som student.

Arbeidet med masteren har vært skummelt, men også veldig spennende og lærerikt. Spennende på den måten at jeg har blitt bedre kjent med meg selv gjennom krevende utfordringer. Det å arbeide selvstendig i en slik prosess har vært veldig lærerikt, og jeg avslutter denne lange reisen med masse erfaring og nye innsikter i fagfeltet.

Det er mange som har hjulpet meg på veien, og som fortjener en takk.

Først av alt vil jeg takke min studieveileder Ragnfrid Kogstad. Du ga meg inspirasjon og motivasjon fra første stund. Jeg må også takke deg for god veiledning, og for at du introduserte meg for narrativ tilnærming. Dette har gjort arbeidet ekstra spennende.

Det er også flere som trenger en stor takk. Så takk til informantene mine som frimodig har delt sine historier med meg. Uten dere ville ikke dette blitt noe prosjekt. Takk til dere for at jeg har fått en bredere forståelse for sykdommen dere lever med. Jeg setter stor pris på at dere i en travel hverdag tok dere tid til å delta i mitt masterprosjekt. Takk til Elverum Tannklinikk for at dere med åpne hender ville hjelpe meg med å finne intervjukandidater. Dere har virkelig stått på, og gjort deres aller beste for å hjelpe meg.

Jeg ønsker også å takke noen personer til, så takk til deg Bente Stuveseth. Tusen takk for at du har støttet meg, gitt meg gode råd og alltid tatt deg tid til mine spørsmål. Du har hele tiden oppmuntret meg og hatt tro på meg. Takk for ditt engasjement og kloke ord under denne reisen. Jeg må også takke Anne-Beate Stenstøen for at du har tatt på deg å lese gjennom oppgaven min, og lest korrektur. Du har gitt meg mange gode råd, og gjort skriveprosessen mye lettere, og ikke minst morsom.

Elverum, 22. Mai, 2015.

Norsk sammendrag

Hensikt:

Hensikten med denne studien er å belyse og få mer kunnskap om pasienters erfaringer knyttet til det å leve med den kroniske tannkjøtt sykdommen, periodontitt.

Gjennom denne studien vil jeg få et nærmere innsyn i personers egne opplevelser ved hjelp av historien som fortelles. Målet med studien er at personer som har utviklet periodontitt blir mer synlige i tannhelsetjenesten, og at sykdommen blir mer synliggjort som et folkehelseproblem.

Metode.

Studien har en narrativ tilnærming som kan karakteriseres som en av flere måter å samle inn data på, hvor historiene er et viktig fundament for å komme nærmere menneskers erfaringer og handlinger. I denne studien gjøres det en innholds- og tematisk analyse av 6 informanter, hvor jeg i narrative fokuserer på hva som fortelles. Mennesker opplever og erfarer liv gjennom historiene som fortelles. Jeg ser derfor nærmere på sykdomsfortellingene og hvilke identiteter som kommer frem.

Hovedfunn:

Funnene viser at hva som betraktes som god livskvalitet i et liv med kronisk tannkjøtt sykdom er veldig individuelt. Hovedfunnene viser imidlertid en forskjell mellom kvinner og menn. Kvinner tolkes å være mer opptatt av estetikk, mens menn anses å være mer opptatt av å ha fokus på faktorer som gjør hverdagen bedre. Å mestre en utfordring i hverdagen antas imidlertid å være en viktig faktor for god livskvalitet. Egenopplevde historier kan bidra til mestring ved at historien betyr noe for andre enn seg selv. God kommunikasjon mellom behandler og pasient kan hjelpe til å skape mestring i en utfordrende hverdag.

Nøkkelord:

Periodontitt, sykdomsnarrativer, pasienter, opplevelser, kronisk sykdom, livskvalitet, folkehelse.

Engelsk sammendrag (abstract)

Purpose:

The purpose of this study is to shed light on and gain more knowledge about patients' experiences related to living with the chronic gum disease, periodontitis.

Through this study, I will get a closer insight into people's own experiences using the story told. The aim of the study is that people who have developed periodontitis will become more visible in dental health care, and that the disease is becoming more visible as a public health problem.

Method:

The study has a narrative approach which is considered to be one of several ways to collect qualitative data. The information I was looking for is of a subjective nature, where the stories are seen as a way to getting closer to people's experiences.

In this study 6 informers participated. My point of departure has been that people interpret life experiences through the stories they tell. My focus then has been on the construction of identities through illness narratives.

Results:

The findings show that what is considered good quality of life in a situation of chronic gum disease varies from individual to individual. The main findings, however, show a difference between men and women. Women seemed to be more concerned with aesthetics, while men are considered to have focus on factors that make life easier. To master a every day life's challenges seemed temporarily to be an important factor for good quality of life. First person stories can contribute to clients' mastering by making visible that the experiences matter for more persons. Further, the access to illness stories can inform therapists and improve communication between therapist and patient, in a way that can help clients cope with every day life's challenges.

Keywords:

Periodontitis, illness narratives, patients, chronic disease, quality of life, public health.

Innhold

Forord.....	2
Norsk sammendrag.....	3
Engelsk sammendrag (ABSTRACT).....	4
1. INNLEDNING.....	7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	8
1.2 FORMÅL MED STUDIEN	8
1.3 PROBLEMSTILLING	9
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING	10
2. RELEVANT TEORI OG FORSKNING	11
2.1 PERIODONTITT OG BEHANDLING	12
2.2 Å LEVE MED KRONISK SYKDOM	13
2.3 FOLKEHELSEPERSPEKTIVET	17
3. DET NARRATIVE PERSPEKTIVET.....	20
3.1 SYKDOMSHISTORIER.....	21
3.2 SYKDOMSFORTELLING SOM KONSTRUKSJON AV HISTORIER OG IDENTITET.....	22
4. METODE	24
4.1 MIN FORFORSTÅELSE	24
4.2 KVALITATIV METODE	25
4.3 Å BRUKE NARRATIVER	25
4.4 UTVALG.....	26
4.5 DATAINNSAMLING.....	26
4.6 DATAANALYSE	28
4.6.1 INNHOLDSANALYSE	28
4.6.2 TEMATISK ANALYSE	29
4.6.3 ANALYSEPROSESSEN.....	30
4.7 METODISK VURDERING	31
4.8 ETISK VURDERING.....	32
	5

4.8.1 MIN ROLLE SOM FORSKER.....	33
4.8.2 NYTTE AV PROSJEKTET	33
5. RESULTATER OG ANALYSE	35
5.1 FORTELLINGER OM FØLELSER.....	37
5.1.1 SYNLIGHET	37
5.1.2 SOSIALE BEGRENSNINGER	38
5.1.3 SELVFØLELSE.....	38
5.2 FORTELLINGER OM HVERDAGEN.....	39
5.2.1 ENERGI.....	39
5.2.2 LIVSKVALITET	40
5.2.3 LIVSFASE	40
5.3 FORTELLINGER OM SYKDOMMEN	41
5.3.1 SYKDOMSUTVIKLING	41
5.3.2 SYKDOMSTEGN.....	41
5.4 HISTORIENE SOM KONSTRUKSJON AV HISTORIER OG IDENTITET	42
5.4.1 HISTORIENS IDENTITETSKAPENDE ROLLE	42
6. DISKUSJON	45
7. OPPSUMMERING OG AVSLUTNING	47
8. ETTERORD	48
LITTERATURLISTE.....	49
TABELL	53
VEDLEGG	54

1. Innledning

I denne studien gjør jeg en kvalitativ innholds- og tematisk analyse av 6 pasienters erfaringer knyttet til det å leve med periodontitt. De forteller om deres egne opplevelser om hvordan sykdommen påvirker livskvaliteten. De forteller om sykdommen, følelsesaspektet rundt det å ha en tannkjøttssykdom og hvordan det påvirker hverdagslivet – akkurat slik de opplever og erfarer det.

Periodontitt er en betennelse i tannkjøttet som kan føre til at tennene blir løse og faller ut (Hansen, 2004). Av alle over 40 år, rammes omtrent halvparten av en mild eller moderat periodontitt, mens 7-10 prosent rammes av den mer alvorlige formen. Årlig blir over 13 000 pasienter behandlet for periodontitt av allmennpraktiserende tannleger eller spesialister i periodonti (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008).

Infeksjoner og inflammasjoner i munnen kan ha betydning for den generelle helsen og velvære (Klinge, 2010). I løpet av de siste 30 årene har det skjedd store positive forandringer i tannhelsen til befolkningen (Holst & Skau, 2010). Men til tross for fremgang, er likevel orale sykdommer som periodontitt fortsatt et pågående folkehelseproblem, og mange opplever nedsatt livskvalitet på grunn av dårlig tannhelse (Lahti, Mörk, Fiehn, & Sangnes, 2008).

I Norge blir folkehelsearbeidet beskrevet som samfunnets innsats for å fremme helse, redusere risiko for sykdom og skade, og beskytte mot ytre helsetrusler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En del av det store folkehelsearbeidet er å fremme god tannhelse. Helsefremmende og forebyggende tiltak har som mål å fjerne eller redusere den totale risikobelastningen som mennesker blir utsatt for. Disse tiltakene går ut på å bedre forhold i samfunnet og sette fokus på de faktorene som bringer god helse, og hindre at sykdom eller skade oppstår. Tannhelsetjenestens oppgave er å prøve å legge til rette slik at den enkelte kan opprettholde en akseptabel tannhelse (Statens helsetilsyn, 1999).

En god eller akseptabel tannhelse kan bety mye for livskvalitet, sosialt nærvær, fødeinntak og taleevne (Klinge, 2010).

Studiene jeg har funnet som omhandler oral helse, velvære og livskvalitet er gjort ved hjelp av intervju og spørreskjema. På bakgrunn av det er ønsket med denne studien å komme nærmere pasientens opplevelser og erfaringer knyttet til periodontitt og livskvalitet, ved hjelp av narrativ tilnærming.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom min praksis som tannpleier møtte jeg flere pasienter med periodontitt. I samtale med dem tenkte jeg ofte i ettertid på hvordan de har det, og hvordan det oppleves å leve med en kronisk sykdom. Hvordan spiller sykdommen sammen med hverdagen og livet til nettopp denne personen? Er tilknytningen til venner, jobb og fritidsinteresser fortsatt den samme?

Da jeg skulle velge tema til masteravhandlingen min, var valget ganske lett. Jeg har alltid hatt en stor interesse av å prøve å forstå andre mennesker bedre, men når det gjelder periodontitt er det begrenset med forskning på pasienters opplevelser av sykdommen. På bakgrunn av det har jeg fattet interesse for narrativ tilnærming og en bredere forståelse av periodontitt og dens påvirkning på livskvalitet.

Det å miste tenner kan oppleves som like utfordrende både fysisk og psykisk som å miste andre kroppsdeler. Ansiktet, øyne, munn og tenner er kanskje det første som registreres når man prater med andre, og utgjør en stor del av den enkeltes identitet og andres oppfatninger (Klinge, 2010). En slik utfordring kan føre til fysiske begrensninger og psykiske utfordringer (Fjerstad, 2010). Økt kompetanse og forståelse om sykdommen er derfor viktig både i forebygging og behandling av pasienter med periodontitt.

1.2 Formål med studien

Formålet med denne studien er å belyse og få mer kunnskap om de erfaringer pasienter med periodontitt står overfor ved en kronisk sykdom i livet sitt. Ved hjelp av sykdomshistorier kommer vi nærmere personers egne opplevelser knyttet til historien som fortelles. Gjennom å studere de fortalte historiene systematisk vil en få et inntrykk og en oppfatning av hvordan det oppleves å ha en kronisk sykdom, og hvordan personene mestrer hverdagene.

Kunnskapen som tilegnes vil først og fremst bidra til økt egenforståelse rundt temaet, men jeg håper også den vil komme til nytte for andre i mitt fagfelt, og for de som jobber med periodontittpasienter. Med denne studien håper jeg også at personer som har utviklet periodontitt blir mer synlige i tannhelsetjenesten, og at sykdommen blir mer synliggjort som et folkehelseproblem.

1.3 Problemstilling

Hensikten med problemstillingen er å avgrense temaet til noe som er forskbart. Med tanke på mulighet til fordypning i temaet periodontitt og livskvalitet leder tanken frem til denne problemstillingen: *Hvordan påvirker periodontitt livskvaliteten blant voksne?*

Ved å se nærmere på historiene gjennom en innholds- og tematisk analyse, vil jeg kunne få et perspektiv på hva som fortelles i historiene.

Hvordan fortellingene produseres ser jeg på som konstruksjon av en historie.

På bakgrunn av det ønsker jeg å få frem perspektiver på hvordan vi ut i fra historiene kan forstå denne pasientgruppen enda bedre.

Hvem vi er gjenspeiles ofte i dialoger med andre mennesker. "Identitet" beskriver ofte personlighet og væremåte hos et individ. Ofte handler identitet om det indre plan og møte med de fysiske omgivelsene (Hauge, 2007). Sykdom handler ikke bare om nedsatt funksjon, den handler også om sosial identitet. Sykdom er ikke bare kroppslige og mentale tilstander. Den bidrar også til å forklare en vanskelig situasjon for den som er syk. En diagnose representerer ikke bare utfordringer, men følelser, smerter, bekymringer og fortvilelser. Den beskriver hvem du er, og hvem du kan være (Hoffman, 2003).

1.4 Oppgavens oppbygging

I **kapittel 1** introduserer jeg studiens tema. I tillegg har jeg begrunnet valg av tema, formålet med studien og problemstilling.

I **kapittel 2** presenteres relevant teori og forskning for min problemstilling.

I **kapittel 3** presenteres det narrative perspektivet.

I **kapittel 4** beskriver jeg metoden min, datainnsamling og redegjør for metodiske og etiske vurderinger.

I **kapittel 5** fremstiller jeg resultatene mine og drøfter disse opp mot teorien. Analysen blir først fremstilt gjennom en tabell, og deretter gjennom den tematiske analysen.

I **kapittel 6** diskuteres funn fra resultatene

I **kapittel 7** oppsummeres hovedpunktene fra resultatene.

Deretter kommer referanselisten, etterfulgt av tabeller og vedlegg.

2. Relevant teori og forskning

I denne delen vil jeg presentere teori og forskning jeg mener er relevant for min problemstilling. Kunnskapen jeg har innhentet er fra tidligere forskning, faglitteratur og offentlige publikasjoner. Innledningsvis vil jeg starte med å gjøre nærmere rede for hva periodontitt er, og hvilke faktorer som er medvirkende til at mennesker utvikler denne sykdommen. Jeg fortsetter videre med å beskrive identitet, hva som påvirker utvikling av identitet, og mestring i en hverdag med kronisk sykdom.

Deretter presenterer jeg folkehelseperspektivet hvor jeg belyser arbeid med tannhelse og begrepet livskvalitet, som en del av det store folkehelsebildet. Narrativ som kunnskapskilde er en viktig del for denne oppgaven, og presenteres i et eget kapittel for seg selv.

Studier jeg har funnet som er knyttet til periodontitt og livskvalitet består av både kvantitative-, kvalitative- og litteraturstudier, og er svenske (se vedlegg 1). Studiene retter seg hovedsakelig mot pasienters kunnskap om periodontitt, hvordan behandlingen av periodontitt påvirker livskvaliteten, og hvilke faktorer som påvirker livskvaliteten. En studie som var særlig relevant for min forskning, er den kvalitative studien ”periodontitis from the patients perspective” (Karlsson, Lymer, & Hakeberg, 2009). I denne vektlegges pasientens oppfatning av periodontitt, og det å holde sykdommen i sjakk. Studien fokuserer på pasientens synspunkter og ser nærmere på diagnosen, årsaker til utvikling, synet på sykdommen i ettertid, konsekvenser, å holde sykdommen under kontroll, eget ansvar og behandlerens ansvar.

Blant faglitteratur var det en bok som beskrev periodontitt og livskvalitet sammen, ”Munnen – Tänder, kropp och själ” (Klinge, 2010). Ellers har jeg brukt norske bøker som omhandler hvordan det generelt er å leve med kroniske sykdommer (Bache & Østerberg, 2005; Fjerstad, 2010; Gjengedal & Hanestad, 2007).

Det er gjort en del forskning på voksne og behandling av periodontitt, og det dokumenteres at periodontitt kan påvirke livskvaliteten (Karlsson et al., 2009). Noe av forskingen som er gjort kan derfor være overførbart til mitt arbeid. Likevel har jeg funnet få studier som direkte benytter seg av narrativ tilnærming. Det er derfor interessant å utforske dette nærmere.

2.1 Periodontitt og behandling

Ordet periodontitt betyr ”rundt tannen” og omhandler en gruppe sykdommer som påvirker tannens støttevev. De vanligste sykdommene som tilhører denne gruppen er tannkjøttssykdommen gingivitt og periodontitt (Klinge & Gustafsson, 2011).

For å utvikle periodontitt, må det først være en gingivitt til stedet. Gingivitt forårsakes av bakterier som vi normalt har i munnhulen fra før. Likevel vil ikke gingivitt automatisk føre til utvikling av periodontitt. Gingivitt er reversibel og tannkjøttet vil derfor kunne bli frisk igjen uten å påvirke periodontiet. For å kunne stille diagnosen, ser man derfor etter kliniske forandringer i gingiva. Et frisk tannkjøtt skal ved normale forhold ha en blek rosa farge, svakt striplet overflate, og være fast i konsistens. Ved tannpuss eller lett berøring skal det normalt ikke oppstå blødning, men dersom dentalt plakk får ligge langs tannkjøttskanten, kroneoverflater eller implantater, vil det etter noen dager oppstå en ”lett” betennelse i tannkjøttet. Når en person utvikler gingivitt blir tannkjøttet som oftest rødt, varmt og hovent, og sitter ikke like stramt rundt tennene lenger. Ved tannpuss, bruk av tanntråd eller tannpirker vil tannkjøttet bli lett, og det kan være vanskelig å få det til å stoppe med en gang. Tilstanden opptrer som regel uten tegn til smerte, og vil kunne reverseres ved god munnhygiene (Hansen, 2004).

Hos en del av befolkningen utvikles gingivitt til periodontitt. Vi skiller mellom to typer periodontitt, aggressiv periodontitt og kronisk periodontitt. Den største forskjellen er hastigheten på sykdomsutviklingen, hvor aggressiv periodontitt oppfattes å være raskere i progresjon enn kronisk periodontitt. Aggressiv periodontitt rammer vanligvis unge individer, og kan oppstå i perioder i livet, mens kronisk periodontitt er vedvarende og mer hyppigere hos voksne. Periodontitt fremstår på samme måte ved inflammasjon som gingivitt, men vil hos enkelte individer føre til at tennenes festeapparat går tapt. Gingivitt har da utviklet seg til kronisk periodontitt, som indikerer en dypere inflammasjon i tannkjøttet med festetap. Nedbrytingen av festeapparatet vil føre til at tannkjøttet trekker seg tilbake, tennene blir løse og kan vandre. Dersom bakteriene ikke blir fjernet, vil prosessen fortsette til tannen blir løs og til slutt faller ut (Klinge & Gustafsson, 2011). Sykdommen kan i enkelte tilfeller utvikle seg svært sakte, noe som i mange tilfeller gir ingen, eller svake kliniske tegn. Det er derfor svært viktig at sykdommen blir oppdaget i et tidlig forløp, slik at forebyggende behandling kan igangsettes (Hansen, 2004).

Periodontitt kan forebygges ved at sykdommen holdes i sjakk. Siden sykdommen skyldes bakterier i det dentale plakket, vil behandling innebære å fjerne belegget rundt tennene. Et nært samarbeid mellom pasient og tannpleier er viktig for å forhindre nedbryting. Pasientens oppgave er å fjerne belegg som er synlig, det vil si over tannkjøttskanten. Viktige verktøy er tannbørste, tanntråd, tannstikkere og interdentalbørster. En tannpleiers oppgave består av å fjerne belegg ved hjelp av spesielle instrumenter der pasienten ikke kommer til (Klinge & Gustafsson, 2011). Ved alvorlig periodontitt kan det være nødvendig med kirurgisk behandling hvor en fjerner eller løsner på deler av tannkjøttet for å komme bedre til. I et slik tilfelle er lommene så dype at en spesialist må utføre behandlingen. Hovedprinsippet for kirurgisk behandling er det samme som vanlig rens hos tannpleier: Totalt fjerning av bakteriebelegget. Alvorlighetsgraden av periodontitt kan imidlertid variere fra individ til individ (Hansen, 2004).

Hvorfor noen utvikler periodontitt og andre ikke, er fortsatt uklart. Likevel vet vi gjennom forskning at det er enkelte risikogrupper som er mer utsatt enn andre. Periodontitt er en multifaktoriell sykdom, og er på lik linje med andre sykdommer et komplekst samspill mellom arv og miljø. Ytre risikofaktorer anses å være; oral hygiene, medikamentbruk og livsstilssykdommer (Hansen, 2004).

Det ytes stønad fra folketrygden ved systematisk behandling av marginal periodontitt og periimplantitt hos tannpleier. Behandling som skal være målrettet og strukturert, hvor målet er å oppnå kontroll på infeksjonen. Ved tanntap på grunn av periodontitt, kan det ytes stønad til innsetning av implantater hos offentlige godkjente spesialister (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

2.2 Å leve med kronisk sykdom

Det finnes ingen klar eller dekkende definisjon på kronisk sykdom. I sykdomspanoramaet er det store variasjoner, og det dukker stadig opp nye sykdommer. Likevel kan kronisk sykdom defineres som noe irreversibelt, en regelmessig, stigende eller latent sykdomstilstand som påvirker mennesker og deres omgivelser (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Når en person blir rammet av kronisk sykdom, så er det ikke bare livet til den som blir syk som rammes, men også familie og venner. Sykdommen kommer som en ubuden gjest og tar fra deg dagliglivet og påvirker tilværelsen på en rekke ulike områder. Sykdommens karakter dreier seg ofte om mengde, hvilke symptomer, graden av funksjonshemming, hvor fort og hvordan sykdommen utvikler seg. Mange opplever sorg, redsel og engstelse som en naturlig reaksjon på det å få en kronisk sykdom. Regelmessig kontroll hos helsevesenet er bare en av flere endringer i tilværelsen som blir en del av den kronisk sykes liv. Hvordan pasienten blir tatt i mot av familie og helsevesen vil derfor ha stor betydning for livskvaliteten (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Livskvalitet er et komplekst og stort begrep som har fått fokus i mange fagfelt. Noen av årsakene til det, er økning av andel eldre og flere som lider av kronisk sykdom og plager i samfunnet. Å leve et langt liv trenger nødvendigvis ikke å bety at man har et godt liv, det å leve med kroniske sykdommer kan sette begrensninger for livsutfoldelse. Hva det gode liv er, bestemmes av hva det enkelte definerer som et god liv for seg, og en enkel måte å forstå begrepet er å relaterer det til det gode liv. Hvor tilfreds vi er med tilværelsen avhenger vanligvis av forhold knyttet til livskvalitet. Det kan for eksempel dreie seg om forhold til de nærmeste, trivsel i forhold til jobb, fritid og evne til fysisk og psykisk utfoldelse. På bakgrunn av det kan vi si at livskvalitet dreier seg om fysisk, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Fysisk velvære kan forstås som samspillet mellom kropp og omgivelsene rundt.

Hvordan vi opplever kroppen er som oftest ubevisst. Kroppen er noe vi har, uten at vi tenker så mye over det. Kroppens funksjon er en selvfølge, likevel blir vi oppmerksomme når noe er unormalt. Vi slår oss som oftest til ro med at sykdom går over av seg selv, eller ved hjelp av behandling. Hos den som rammes av kronisk sykdom må forestilling om at det går over endres. Man kan ikke lenger ta alt for gitt og tenke at man snart blir frisk igjen og hverdagen kommer tilbake (Bache & Østerberg, 2005).

Når sykdommen kommer for å bli så er det ikke bare den fysiske velvære som påvirkes, også forholdet til seg selv og psykisk velvære berøres. Følelsen av å kjenne seg selv og ha en trygg identitet trues. Det å få beskjed om at man har en kronisk sykdom vil for mange oppleves som

et sjokk og tap. Først og fremst sjokk, fordi det kanskje kom helt uventet, men også tap fordi man mister kontroll over sin egen helse og seg selv (Bache & Østerberg, 2005).

Hvordan personen opplever seg selv i en situasjon med sykdom handler ikke bare om sykdomsgraden. Mestring, personens forståelse av sykdommen, og dens konsekvenser kan ha stor betydning for psykisk velbefinnende og livskvalitet (Bache & Østerberg, 2005). Mestring kan forklares som opplevelsen av å ha kontroll over eget liv. Det kan handle om å ha troen på at noe er oppnåelig, og det å kunne klare å mestre en tilstand, situasjon eller utfordring i hverdagen (Fjerstad, 2010). Tenner og spesielt tannløshet, kan for mange oppleves som et følsomt tema og være svært belastende. Det å miste tenner kan oppleves som smertefullt, og det berører utseende, funksjon og selvfølelsen (Klinge, 2010). Hvordan vi opplever oss selv, kan i stor grad påvirke vår selvfølelse (Fjerstad, 2010).

Vi lever ikke bare i en fysisk og materiell verden, vi lever også i samspill med andre mennesker. Vi er i kontakt med andre mennesker på ulike plan, som for eksempel på vei ut av døra, på butikken eller på arbeidsplassen. Når man blir rammet av en sykdom reflekterer man ikke kun over seg selv, men også over hvem man er i forhold til andre. Man kan fort blir usikker på seg selv, og seg selv i samspill med andre. Sykdommen kan gjøre noe med vårt sosiale vesen, uansett hvor synlig eller tydelig sykdommen er for andre. Når man tviler på seg selv, er det også lett å bli oppmerksom på andres reaksjoner. Det å føle seg mindreverdig fordi man er avhengig av behandling, kan også forsterkes ytterligere (Bache & Østerberg, 2005).

Livet består av ulike livsfaser hvor typiske oppgaver og utfordringer hører til spesielle perioder. Noen sykdommer oppstår rask og synlig, mens andre kommer langsomt og snikende. Noen kan rammes av sykdom uten at det påvirker hverdagslivet. Mens andre igjen opplever store plager som gir smerte og innskrenking i livet. Kronisk sykdom kan oppstå når som helst i løpet av livet, selv om noen sykdommer opptrer i spesielle aldersperioder. Hvor i livet man er kan ha betydning for hvordan man opplever sykdom. Lever man alene, eller har man familie og barn som er støttende og omsorgsfull. Livsvilkår kan sette rammer for de ressursene man har til rådighet (Bache & Østerberg, 2005).

Sorg, sinne, angst, smerte, skam, skyld og smerte er vanlig faktorer som følger med når sykdom oppstår. Sorg er ikke en enkelt følelse, men en rekke av sterke følelser som oppstår når man mister noe dyrbart (Bache & Østerberg, 2005). Smerte er en følelse som skiller seg fra alle våre sanseinntrykk. Felles for smertefølelse er at de vanligvis erfares ved en høy påkjenning (Jansen & Glover, 2009). Ved sorg veksler vi vanligvis mellom tre reaksjonsmåter. Noen ganger reagerer vi ved å holde fast og prøve å overbevise oss selv og andre at det kommer til å gå bra. Andre ganger gir vi bare slipp på alt som er rundt oss. Samtidig er det ikke slik at alle reagerer likt, tvert i mot. Alle mennesker er forskjellige, og det er ikke alle som opplever nedturer og sorg på samme måte. Det betyr ikke at man er unormal. Noen reagerer voldsomt eller kommer i krise i forbindelse med å få en sykdom, hos andre utløser det ingen eller bare en svak reaksjon (Bache & Østerberg, 2005).

Som en del av sykdommen er det vanlig å oppleve sinne. Det kan føles urettferdig å miste en del av helsen sin og den ubekymrede tilværelsen. Med en kronisk sykdom tvinges man til å reflektere over seg selv og sin tilværelse. Man kan oppleve usikkerhet og angst for hvordan det skal gå, og hvordan man skal klare å mestre den nye tilværelsen. Andre ganger kan det handle om angsten for å ikke være den samme som før, at man forandrer seg som person. Fortvilelsen kan komme når man konfronteres med nettopp dette. Å være trist, bekymret og ha manglende livslyst kan føre til depresjon. Depresjon kan oppstå som en reaksjon på kronisk sykdom. Skam og skyld er ofte forbundet med kronisk sykdom. Det handler om følelser som påvirker selvtilliten, hvor skam virker negativt på selvfølelsen. Både skam og skyld er følelser som oppstår i forhold til andre mennesker, hvor skam rammer mer det personlige planet (Bache & Østerberg, 2005). Man kan skjemmes over å ha mistet tenner, mens skyld berører følelsen av å kanskje ikke ha råd til å gjøre noe med det (Klinge, 2010).

2.3 Folkehelseperspektivet

Munnen er en viktig del av kroppen, og vi bruker den både til å spise, drikke og snakke. Mange tenker ikke på tenner som en del av kroppen, men de som har mistet enn tann, har tenner som ikke er fine, eller infeksjoner i munnhulen vil kanskje si seg enig. Tennene er en like stor del av kroppen som både fingre og tær. Den store forskjellen er at ansikt, øyne, munn og tennene er lettere å bemerke, og er ofte det første vi ser som også bidrar til å forme vårt førsteinntrykket av andre (Klinge, 2010).

Av alle over 40 år, rammes omtrent halvparten av en mild eller moderat periodontitt, mens 7-10 prosent rammes av den mer alvorlige formen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008). I de nordiske landene har det for tannhelsefeltet vært lang tradisjon å drive helsefremmende og forebyggende arbeid, også kalt folkehelsearbeid (Lahti et al., 2008). Ser vi tilbake på de siste 30 årene, så har det skjedd store positive forandringer i tannhelsen til befolkningen (Holst & Skau, 2010). I dag går flere og flere eldre i pensjonistalderen med langt flere tenner i behold. Men til tross for forbedringer, er likevel orale sykdommer som for eksempel periodontitt, fortsatt et eksisterende folkehelseproblem (Lahti et al., 2008).

Infeksjoner og inflammasjoner i munnen kan ha betydning for den generelle helsen og velvære (Klinge, 2010). De nordiske landene står fortsatt foran mange utfordringer når det kommer til å fremme oral helse for hele befolkningen. På lik linje med sosial ulikhet i generell helse, er det også sosial ulikhet i tannhelse. Forbedringer i tannhelsen ser ut til å gå raskest i grupper med høy utdanning og god økonomi, og er årsaken til at forskjellene mellom sosiale grupper øker (Lahti et al., 2008).

Befolkningsundersøkelsen ”Påvirker oral helse livskvalitet” fra 2004 viser de samme resultatene, faktorer som alder, kjønn, utdanning og tannstatus kan være avgjørende for hvordan oral helse påvirker livskvaliteten (Holst & Dahl, 2008).

Folkehelsearbeid inkluderer flere tiltak på forskjellige områder. I Norge blir folkehelsearbeidet beskrevet som samfunnets innsats for å fremme helse, redusere risiko for sykdom og skade, og beskytte mot ytre helsetrusler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En del av det store folkehelsearbeidet er å fremme god tannhelse. Helsefremmende og forebyggende tiltak har som mål å fjerne eller redusere den totale risikobelastningen som mennesker blir utsatt for. Disse tiltakene går ut på å bedre forhold i samfunnet og sette fokus

på de faktorene som bringer god helse, og hindre at sykdom eller skade oppstår. Innenfor tannhelsetjenesten er det også et overordnet mål at den enkelte i størst mulig grad skal bli i stand til å ta vare på sin og opprettholde en akseptabel tannhelse. En god eller akseptabel tannhelse kan bety mye for livskvalitet, sosialt nærvær, fødeinntak og taleevne (Statens helsetilsyn, 1999).

Tannløshet sees som et sosialt handicap og kan ha betydning for blant annet utseende og sosialt nærvær. Tilfredsstillende oral estetikk er viktig for velvære og handler ofte om selvfølelse. Å miste tenner kan oppleves som smertefullt, fordi det berører både utseende, funksjon og selvfølelse. Den som mister tenner kan føle skam over egen munnhelse og ofte fører dette til at det sosiale kontaktmønsteret forandres (Klinge, 2010).

Estetikk anses å være en høyst subjektiv oppfatning. Våre opplevelser og vurderinger av hva som er fint eller stygt formes i sosiale og kulturelle sammenheng. Vi strever hele tiden etter skjønnhet, og estetikk påvirker vår oppfatning på ulike måter. En person med fine tenner, betraktes som mer attraktiv, og vurderes som mer vellykket enn en person med stygge tenner. Ut i fra et pasientperspektiv vil estetikk ofte stå høyere enn funksjon. Det kan oppleves som viktigere å ha fine tenner enn å ha god tyggefunksjon. Pasienter anser som oftest at det er viktigere å kunne kommuniserer og ha et vakkert smil enn å kunne bite og tygge ordentlig. Tilfredsstillende oral estetikk er derfor viktig for velvære. Tennene skal gjerne blekes for å være så hvite som mulig, og de skal stå rett og ha riktig lengde. Skjønnhetsidealet formes av massemedia, og markedsføring skaper et stort behandlingsbehov. Estetisk tannpleie kan betraktes som en leverandør av visse idealer relatert til tenner, hvor form og farge på tennene anses som de viktigste skjønnhetsskapende faktorer.

Likevel finnes det store variasjoner innenfor den sosialt aksepterte normen. Estetiske vurderinger når det gjelder munn og tenner kan være forskjellige i ulike befolkningsgrupper, basert på kultur og sosial status (Klinge, 2010).

Sett fra et sosiologisk perspektiv, er velvære en svært viktig faktor for å kunne delta i samfunnet og være blant andre (Klinge, 2010). Hvordan pasienten opplever helsen sin er individuelt. En undersøkelse viser at hvem du spør ofte har stor betydning for hva som oppleves som god eller dårlig tannhelse (Lyshol & Biehl, 2009).

Periodontitt kan også være farlig for den generelle helsen. Tanken om at sykdommer i munnen kan påvirke den allmenne helsen har eksistert i lang tid. I 1891 skrev professor Willoughby D. Miller en artikkel hvor han antydte at en infeksjon i munnen kunne gi opphav til flere sykdommer. En mengde nyere studier viser i dag sterke forbindelser mellom hjerte- og karsykdom, diabetes, hjerneslag, luftveisinfeksjoner, graviditetssykdommer og en rekke andre allmensykdommer. Om det er en sammenheng, er i dag enda uklart. Det kan være tilfeldigheter at pasienter med periodontitt utvikler disse sykdommene. Likevel viser epidemiologiske studier at det er en mulighet og biologisk fornuftig at orale infeksjoner eller inflammasjonsprosesser, direkte eller indirekte påvirker den allmenne helsen. Det betyr at det kan være større sannsynlighet for at personer med alvorlig periodontitt både kan ha og utvikle andre sykdommer (Klinge & Gustafsson, 2011; Klinge, 2010).

3. Det narrative perspektivet

Det finnes få gode oversettelser på hva ordet narrativ betyr, men som oftest blir narrativ oversatt som historie eller historiefortelling. Fortelling og narrativ blir ofte brukt om hverandre, hvor det i hovedsak handler om historier, men ikke om historien (Lundby, 2007)

Narrativer har lenge blitt brukt i forskning innenfor psykologi og samfunnsvitenskap, men det er særlig nå i de siste tjue årene at narrativer og historiefortellinger har blitt interessant for vitenskap. Vi finner narrativer i forskjellige dokumenter som for eksempel dagbøker, personlige brev, biografer, åpne intervju eller fortellinger tatt opp på lydbånd eller video. Det finnes derfor ingen forhåndsbestemte fremgangsmåter eller typer materialer for narrativer (Fossland & Thorsen, 2010). Narrativene fortalt av pasienter i denne studien, vil derfor i stor grad avhenge av hva pasienten legger vekt på, og hvilken måte man forstår historier på.

Når narrativer blir lest så skjer det en tolkning, som for eksempel når en person forteller en historie til en annen. Hvordan historien forstås eller tolkes vurderes ut i fra lytteren eller leseren, og utgjør en viktig del av det narrative. Det er også noe av dette som er forutsetningen for at det narrative perspektivet er så interessant i terapi. Ved at pasienten forteller sin historie, forsøker terapeuten å fortolke historien på en slik måte som kan hjelpe pasienten (Lundby, 2007).

Fortellinger har for oss mennesker alltid vært en grunnleggende menneskelig aktivitet. Helt siden steinalderen har menneskene brukt historier for å kommunisere med hverandre. I dagens samfunn dominerer fortalte historier fullstendig, og vi hører forskjellige historier hver eneste dag gjennom nyheter, tv-programmer, magasiner og aviser. Hvordan vi føler, kommuniserer og handler skaper betydning for vår virkelighet (Lundby, 2007).

Historier strukturerer våre erfaringer og organiserer de etter mønster. Ofte fremstilles erfaringene i en metafor som for eksempel ”sykdommen får meg til å gå på veggen”. Når vi forteller en historie går vi inn i historiene, og danner oss et dramaturgisk grep, på samme måte som vi glir inn historier laget av andre. Med andre ord så kan vi si at vi skaper våre liv gjennom historiene. Vi er tolkende vesener, og vi tolker aktivt gjennom hele livet. Samtidig trenger vi forståelige rammer som kan gi en kontekst for erfaringene vi høster. Egenhistoriene

bestemmer hvilke aspekter ved erfaringene som kommer til uttrykk. Historiene har gjerne en start og slutt, og på den måten klarer vi å lage en forståelig sammenheng (Lundby, 2007).

Selv om historien har en forståelig sammenheng, trenger den nødvendigvis ikke fortelle ”sannheten” om hvem vi er. Historiene bygges ofte opp rundt et plot om opplevde årsakssammenhenger. Selv om historiene skaper mening og sammenheng, vil historiene kun være forenklinger. Vi kan bli fanget av vår egen historie, og har derfor vanskeligheter med å se andre perspektiver eller sider av historien (Lundby, 2007).

3.1 Sykdomshistorier

Helt siden midten av 1990 tallet har det vært en økende interesse for sykdomsnarrativer (Hyden, 1997). Pasientens opplevelser ble en mer og mer viktig del av sykdomsforløpet, og ga en annen forståelse enn biomedisinens stadig fokus på diagnose. Dette anses som en av de viktigste årsakene til den voksende interessen for at narrativ økte blant samfunnsviterens engasjement i forskning innenfor biomedisin, sykdom og lidelse (Frank, 1998).

Sykdomshistorier har ulike funksjoner. Den bidrar til å konstruere en sykdomserfaring ved å gjøre den mer synlig og forståelig for andre, men også å uttrykke en sentral del av å være usynlig syk i et samfunn og vanskeligheten med å gi stemme til både lidelse og livsverden i sammenheng med sykdom (Frank, 1998).

Både handlingsvalg og historie henger sammen. Dersom for eksempel tannhelsepersonell skal kunne få innsikt i pasientens sykdom og yte hjelp, er det nødvendig med en forståelse av hva som skjer i den andres liv. For å kunne forestille seg situasjonen den andre står ovenfor, trenger den profesjonelle innsikt i erfaringen den andre har med seg. Kunnskap om opplevelse av sykdommen er også avgjørende for at den profesjonelle skal kunne lage seg et bilde av hvordan den syke forstår og mestrer situasjonen (Hovland, 2011).

Sykdomshistorier er viktig, ikke bare fordi de tilbyr et enestående vindu inn i en subjektiv opplevelse, men også fordi de er en del av det bildet de har av seg selv. Disse narrativene representerer en stor betydning, og bidrar til å forklare hvordan vi lever våre liv, hvordan vi

takler smerte, og hva vi lærer av vår egen erfaring (Hyden, 1997).

Fortellinger har fått økt betydning i studier om kronisk sykdom, som en måte å prøve å forstå hvordan personer takler sin livskvalitet og identitet. Kronisk sykdom blir sett på som byrde i personenes pågående liv, og dermed noe som påvirker identitet. Sykdom endrer forhold mellom kropp, selvet og omverden. Gjenoppbygging av sin egenopplevde historie har en sentral betydning. Det å fortelle sin sykdomshistorie gjør det mulig å gi mening til hendelser som har forstyrret i løpet av livet. Ved å rette oppmerksomheten mot aspektet av lidelsen, vil fortellingen bidra til å gi rom og stemme til deres plager (Hovland, 2011).

Av de som er syke, varierer nivået av funksjonstap. Noen er dypt syke med sterke smerter, har intens og konstant medisinsk behandling, mens andre er i en stabil situasjon hvor sykdommen opptrer usynlig for fremmende, og selv for arbeidskollegaer. Det som teller er hvordan pasienten oppfatter sin egen sykdom. En sykdom som er varig kan sitte dypt, og den vil påvirke nesten alle livets valg og beslutninger, det samme gjelder identitet. Følelsen av "deep illness" vil alltid være der for den som er syk, og den som er involvert er som oftest innforstått med det situasjonen (Frank, 1998).

Ved å undersøke betydningen av en persons sykdom, åpner man muligheter til å bryte den onde sirkelen som forsterker plagene. Når behandler forstår pasienten bidrar det til en mer likeverdig relasjon (Hovland, 2011).

3.2 Sykdomsfortellinger som konstruksjon av historier og identitet

Identitet kan forklares som personlighet eller lettere sagt, hvem vi er. Hvem vi er, hvordan vi fremstår, og hva vi ønsker å bli kjent for, er med på å forme vår identitet i samspill med andre mennesker. Den sosiale og kulturelle konteksten bidrar til å forme vårt syn på oss selv (ved identifikasjon) og vedlikeholdes (som identitet) i en varig prosess gjennom hele livet.

Identifikasjon kan sees på som en prosess, mens identitet er en tilstand. Vi konstruerer identiteten vår gjennom fortellinger i samspill med hukommelseskapasitet, bevissthet og måten vi organiserer og konstruerer våre tanker (Hauge, 2007).

Når det fortelles om en bestemt opplevelse eller hendelse, kan det skje at personens fortelling ikke er nøyaktig eller helt sann. Ofte dreier fortellingene seg om en konstruksjon, hvor man

utelater deler av historien som en del av hvordan man ønsker å fremstå. Likevel er det forskjeller mellom den muntlige og skriftlige fortelleren. Den muntlige fortelleren har i mindre grad kontroll over hva som fremføres, og historien fremstår som spontan og øyeblikks basert. Fortellinger er ikke bare en måte å fortelle noe på, det er også en måte å formidle sin oppfatning av verden på. De er ikke tilfeldige, og de trenger nødvendigvis ikke følge hverandre i livsløpet, men beskrives i organisert rekkefølge av opplevelser i en fortelling om seg selv. Historien sees på som konstruksjon fordi man tvinges til å velge ut deler når man forteller om sitt liv og sykdom (Fossland & Thorsen, 2010).

Fortellinger kan bidra til sosial handling som for eksempel i politisk engasjement. Noen ganger kan fortellinger brukes til å argumentere, som for eksempel i en rettsak eller stortingsvalg. Her handler det om å overbevise en hel gruppe eller enkeltindivider om sin sak eller historie. Det som skiller en interessant historie fra en annen, er hvordan den engasjerer publikum, og hvordan den får oss til å bli skeptisk (Riessman, 2008).

I dette prosjektet blir sykdomsfortellingen sett på som konstruksjon av historier og identitet. Historiene som blir fortalt er en konstruksjon av pasientens opplevelse, hvor det er mottakeren som til slutt bestemmer hvordan historien skal tolkes eller forstås. Den som forteller plukker ut hendelser som er betydningsfulle for publikum.

Sammen bidrar historiene til økt forståelse og kunnskap om hvordan mennesker erfarer, og konstruere sine live i den sosiale verden vi deltar i. Vi konstruerer historiene ut i fra hva som gir mening i situasjonen, og hvordan vi foretrekker at den skal være (Lundby, 2007).

4. Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere metoden og fremgangsmåte min. Først vil jeg legge frem min forforståelse, deretter gjør jeg rede for kvalitativ metode og narrativ tilnærming. Videre vil jeg beskrive prosessen med fremskaffelse av data. Det gjelder forberedelser, utvalg, datainnsamling og dataanalyse. Til slutt vil jeg gjøre rede for etiske og metodiske overveielser.

4.1 Min forforståelse

Forforståelse handler om den forståelsen du tar med deg inn i et forskningsprosjekt, før prosjektet har begynt. Forforståelse kan bidra til å nyttiggjøre og avgrense fremgangen i prosjektet. En forsker kan for eksempel gå inn i prosjektet med begrenset åpenhet og ferdighet til å lære av materialet (Malterud, 2011).

Mine erfaringer om periodontitt startet allerede året før jeg begynte på tannpleierutdanningen. Jeg ble kjent med denne sykdommen gjennom en undervisning i et tidligere studie, og fattet interesse for dette umiddelbart. Gjennom praksis på tannpleierutdanningen kom jeg også i kontakt med pasienter som hadde periodontitt. Jeg ble veldig interessert i sykdommen, og har hele veien hatt et ønske om å jobbe med denne pasientgruppen i fremtiden. Jeg ønsket derfor i denne masteroppgaven å finne ut mer om hvilke erfaringer pasienter hadde i forhold til livskvalitet.

Selv om jeg ikke har periodontitt eller kjenner noen nære som har denne sykdommen, kan jeg på mange måter se for meg hvordan det kan oppleves. Jeg vet hvordan periodontitt ser ut klinisk, og hva som kan skje dersom den ikke blir behandlet i tide. Jeg har sett hva det kan gjøre med et menneske og dens identitet. Denne kunnskapen har vært med på å forme min forforståelse, og har samtidig vært med på å påvirke min fremgangsmåte i studien.

4.2 Kvalitativ metode

Metode er en fremgangsmåte eller oppskrift for å løse problemer og utvikle ny kunnskap. Vi skiller i hovedsak mellom to vitenskapelige forskningsmetoder: kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden går mer i bredden, mens det kvalitative går i dybden. Hvorfor vi velger en metode fremfor en annen begrunnes med at den skal gi oss nyttige data, og belyse ulike typer problemstillinger på en faglig og interessant måte (Dalland, 2012)

Den kvalitative forskningsmetoden har sitt utspring fra blant annet hermeneutikk og fenomenologi. I hermeneutikk ønsker man å finne en dypere forståelse av en mening, mens i fenomenologi er man interessert i å forstå hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden. Livsverden kan forklares som den verden hvor den enkelte møter hverdagen gjennom umiddelbare hendelser (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien er det mest hensiktsmessig å bruke kvalitativt design, nettopp fordi den skal belyse menneskers opplevelser og erfaringer, fortalt som narrativer. En dypere forståelse vil føre oss nærmere menneskers erfaringer, handlinger og forståelse knyttet til problemstillingen.

4.3 Å bruke narrativer

Narrativ tilnærming kan sees som en del av kvalitativ metode, hvor fortellingene spiller den avgjørende rollen for å undersøke menneskers opplevelser og erfaringer.

Narrativer kan forklares som fortellinger om det levende liv, hvor det er snakk om hverdagshistorier. Ved hjelp av narrativer får man muligheten til å fortelle betydningsfulle historier gjennom et hverdagslig språk, uten hensyn til måten man forteller på. Det kan dreie seg om å kartlegge en aktuell situasjon, en forklaring, et hinder eller vanskelighet. Begrepet narrativ viser til historier om virkelige mennesker som handler ut i fra hensikter, verdier, etikk og moral. Fortelleren skaper mening i livet sitt ved å fortelle om erfaringer. Felles for historiene er at de retter seg mot et mål, hvor det er en begynnelse og slutt med en forståelse for årsakssammenhengen. Historiene skapes ut i fra hvordan mennesket fremstiller seg selv, hvilken informasjon de ønsker å dele, og hvilke elementer de legger vekt på i historien. Ut i fra fortellingen dannes en egen problemforståelse og foretrukken identitet (Hansen, 2009; Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

4.4 Utvalg

Hensikten med kvalitativ undersøkelse er å innhente mest mulig informasjon om et fenomen (Johannes et al., 2010). Det riktige antall av informanter henger sammen med tema. For små utvalg kan gjøre det vanskelig å belyse problemet. Et for stort utvalg derimot, kan gjøre det vanskelig å gå dypere i analysen av datamaterialet (Dalland, 2012).

I denne studien tar jeg for meg pasienter med periodontitt, som er en pasientgruppe i den offentlige tannhelsetjenesten og privat praksis. Målgruppen var både kvinner og menn i alderen 30-65 som har kronisk periodontitt. I utgangspunktet skulle de velges ut fra en tannklinikk. For å sikre bred beskrivelse av fenomenet som skulle studeres var det et ønske med inntil 10 informanter. Totalt samtykket 6 informanter. En av informantene var ikke tilknyttet den aktuelle tannklinikken.

4.5 Datainnsamling

Når vi har bestemt oss for design, er neste steg å velge en datainnsamlingsmetode som best passer for å få tak i den informasjonen vi trenger for å kunne besvare problemstillingen. Innenfor kvalitativ tilnærming er de vanligste metodene, intervju, observasjon og dokumentstudier (Jacobsen, 2010). Informantene i denne studien ble invitert til å skrive en narrativ per mail eller post. Det ble derfor ikke foretatt et ”tradisjonelt intervju” hvor jeg fikk kontakt med deltakerne. Denne formen for intervju vil derfor miste noe av det som kjennetegner et ”tradisjonelt intervju”. Fordelen er at intervjuet blir mer reflektert, ved at informanten får bedre tid til å tenke seg om, og kan gå frem og tilbake i det som skrives. Det kan oppfattes som lettere å snakke om vanskelige erfaringer som for eksempel sykdom, ved at informanten kan svare på et spørsmål uten at intervjuer er til stedet. Ved bruk av narrativ tilnærming kan vi også få rikere historier enn ved mer konkrete spørsmål (Jacobsen, 2010).

I denne studien var narrativen som det ble invitert til å skrive, åpen og skulle gi rom for at informantene skulle skrive det de ønsket å fortelle. For å hjelpe deltakerne ble de oppmuntret til å fortelle om sine erfaringer ved hjelp av ledende stikkord (se vedlegg 2). Disse skulle kun være til hjelp for informanten. Når invitasjonsbrevet var på plass var neste steg å utarbeide formuleringer som tannklinikken kunne bruke (se vedlegg 3.) Formuleringene skulle være en mal for hvilken informasjon som skulle gis da tannklinikken ringte aktuelle informanter for

meg. Videre utarbeidet jeg et skjema om forespørsel til deltagelse (se vedlegg 4.), og et utdypende skjema om hva studien innebærer, med en skriftlig samtykkeerklæring på siste side (se vedlegg 5.). Jeg tok utgangspunkt i en NSD mal, hvor jeg beskrev fordeler og ulemper ved å delta. Her ble det også gitt informasjon om taushetsplikt, og at deltakerne kunne trekke seg fra studien uten å oppgi grunn. Begge skjemaene skulle sendes til de aktuelle informantene per post eller mail.

For å komme i kontakt med aktuelle informanter til denne studien var jeg avhengig av en tannklinikk som kunne hjelpe meg. Tannklinikken har vært et mellomledd for utvelgelse av pasienter med periodontitt, og tok direkte kontakt med aktuelle kandidater. De som ønsket å delta ble notert ned med navn og telefonnummer av en ansatt på klinikken. Da alle var på plass, ble jeg oppringt fra Tannklinikken for å hente listen, og hvor jeg samtidig overtok kontakt med informantene.

Alle på listen ble deretter oppringt av meg på nytt for å forsikre meg om at de fortsatt var interesserte, og alle 6 takket ja til å være med. Informasjon om studien, tema til narrativen og samtykkeskjema ble deretter sendt per mail, og post. Det ble satt en frist på 14 dager for innlevering av narrativen og samtykkeskjema. Jeg mottok tilbakemeldinger veldig raskt, men manglet underveis resultater fra den siste informanten. Informanten ble kontaktet på nytt, men det var ikke mulig å få tak i personen. Jeg fikk imidlertid kontakt med en pasient fra en annen tannklinikk som ønsket å delta. Jeg stod til slutt igjen med 6 informanter.

På bakgrunn av informasjonen jeg mottok fra informantene, så jeg at informasjonen var begrenset. Jeg sendte derfor en ny forespørsel om tilleggsinformasjon til de 4 informantene som ga lite informasjon. Alle svarte med utfyllende informasjon, noe som bidro til at studien fikk et bredere materiale. Til tross for at studien fikk et bredere materiale, skrev ikke informantene lange historier slik jeg kanskje forventet.

Dataene som er brukt i denne studien er lagret etter datatilsynets forskrifter og regelverk. De er lagret i et dokument på datamaskinen uten navn eller identifiserbare opplysninger. Alle opplysninger og notater anonymiseres når undersøkelsen er ferdig.

4.6 Dataanalyse

Når vi er ferdig med et intervju eller observasjon sitter vi ofte igjen med en bunke med datamateriale. I kvalitativ analyse er det to spørsmål som er sentrale. Det ene er hvordan vi skal forstå og fortolke observasjonen eller informasjonen vi har samlet inn. Det andre spørsmålet er hvordan vi skal systematisere og ordne dataene slik at de fremstår oversiktlig. I det første spørsmålet handler det om forståelse av hva en person eller gruppe har fortalt, eller hva som har oppstått i en situasjon. Det andre spørsmålet handler om å trekke ut eventuelle fenomener ved å se etter likheter og forskjeller i synspunkter på et spesielt fenomen.

Felles for de ulike tilnærmingene er at vi veksler mellom å analysere deler, og å se delene i en større helhet. All kvalitativ analyse begynner med å samle inn alt av data, som for eksempel kan være utskrifter fra intervjuer, observasjon eller notater. Deretter struktureres dataene, som betyr at man gjør en oppdeling av helheten til flere enkeltemner. I neste trinn prøver vi å se helheten ved at vi eksempel sammenligner intervjuer for å se hva de har til felles. For kvalitativ analyse finnes det ulike tilnærminger. Disse varierer ofte med hensyn til hvordan vi best kan dele opp data og vurdere helheten (Jacobsen, 2010).

Siden jeg i min studie tar utgangspunkt i narrativer om hva personer erfarer, fant jeg det mest hensiktsmessig med en innholds- og tematisk analyse.

4.6.1 Innholdsanalyse

Innholdsanalyse er en fremgangsmåte som benyttes der data skal deles inn i tema eller kategorier, for så å finne sammenhenger mellom kategoriene. Målet med analysen er å forenkle og forbedre data. Jacobsen (2010) beskriver fire steg i analyseprosessen. Jeg velger å følge de tre første stegene. Det siste steget tar for seg hvor mange ganger et tema går igjen, og grunnen til at jeg utelater er at jeg gjør en tematisk analyse, og har ikke sett dette som relevant for meg.

1. Tematisere:

En tekst består av mange avsnitt, setninger og ord. I første forsøk på å prøve å analysere skal jeg forsøke å forenkle og strukturere teksten. Dette gjøres ved å tematisere, det vil si at jeg ser etter flere ord, setninger og avsnitt som bygger frem en meningsbærende enhet innenfor den

teksten. Det kan for eksempel være at to avsnitt handler om en opplevelse, mens to andre avsnitt handler om følelser. Kort sagt, leter vi etter de viktigste temaene som oppstår i teksten.

2. Kategorisering:

Kategorisering vil si at jeg skal gruppere ulike temaer. Jeg skal se etter fornuftige kategorier som kan skape en struktur i teksten. Kategoriene skal kunne si noe om hvorvidt dataene jeg har omhandler samme tema, eller er forskjellige fra hverandre og belyser forskjellige temaer. Hensikten med kategorisering er at jeg senere i analysen kan forholde meg til noen kategorier, fremfor en mengde temaer. Kategoriseringer er også en forutsetning for å kunne sammenligne tekstene fra de forskjellige informantene. En kategori belyser data fra et eller flere intervjuer. På den måten kan jeg for eksempel ta for meg flere intervjuer, plassere dem under samme kategori, og belyse dem fra forskjellige vinkler.

3. Fylle kategoriene med innhold

Når jeg har kategoriene, blir neste steg å fylle på med innhold. Det gjør jeg ved å gå gjennom intervjuene og finne sitater jeg mener belyser den definerte kategorien. Dette kan gjøres ved å lage en matrise/tabell, der jeg på den ene siden har kategoriene, og på den andre siden viser til sitater informantene gir om dette forholdet.

4.6.2 Tematisk analyse

I følge Riessman (2008) er det tre måter å analysere skrevne fortellinger på. Den tematiske analysen er en av flere måter å analysere narrativer på. I tematisk analyse er hovedfokuset ”hva som fortelles”, det vil si innholdet i teksten. Jeg forsøker her å kombinere innholdsanalysen med innslag av en tematisk analyse, som i følge Riessmann (2008) kan anses som en muntlig tilnærming. Tematisk analyse er den mest vanlige metoden i narrativ dokumentasjon, og blir brukt i mange studier hvor man studerer pasienters opplevelse av sykdom. Tematisk analyse blir ofte kanskje forbundet med grounded theory i kvalitative metoder. En viktig forskjell fra disse er at i tematisk analyse så presenteres fortellingen i større grad slik den blir fortalt. Den detaljerte kategoriseringen og gjerne fragmentering av materialet er mer vanlig i kvalitative metoder (Riessman, 2008).

4.6.3 Analyseprosessen

Når alle narrative var på plass var det viktig å konsentrere seg om innholdet. Jeg hadde 6 dokumenter foran meg. To av disse var håndskrevet, mens resten var egne utskrifter fra min mail innboks. Det første jeg gjorde var å nummerere arkene, slik at jeg kunne skille informantene fra hverandre. Når jeg skulle starte analysearbeidet leste jeg gjennom alle dokumentene et par ganger. Dette gjorde jeg for å få et inntrykk av hva de handlet om. Deretter prøvde jeg å se etter setninger og avsnitt som handlet om ett, flere eller samme tema. Når jeg så etter tema var det veldig viktig å plukke ut data som var relevant for min intervjuguide. For å få en oversikt lagde jeg meg en matrise. Her limte jeg inn de sitatene jeg mente hadde relevans for temaet jeg undersøkte. Ut i fra sitatene fant jeg tre hovedkategorier som dekket flere temaer.

Hvordan jeg kom frem til hovedkategoriene vil jeg viser ved hjelp av et eksempel (Tabell 1). Utsagnet viser et sitat fra en informant. I neste kolonne er teksten blitt begrenset for å få frem det essensielle. I siste kolonne har jeg fremstilt hovedkategorien jeg mener den kategoriserer.

Tabell 1. Eksempel på kategorisering.

Utsagn	Kortform	Kategori
”Jeg kan av og til kjenne på redsel og angst. Redsel for å miste tenner og angst for at jeg vet at jeg kommer til å miste dem”.	Jeg er redd for å miste tennene mine. Det medfører redsel og angst.	Følelser

I neste trinn gikk jeg gjennom hovedkategoriene på nytt. Her så jeg for eksempel at sitatene under følelser ikke nødvendigvis handlet om akkurat den samme følelsen. Jeg lagde meg derfor en ny matrise med samme oppsett, og forsøkte å lage meg noen underkategorier som kunne passe til de sitatene som tilhørte den enkelte hovedkategori.

Ved å lage underkategorier så jeg at jeg ville få en bedre oversikt, samtidig som det kunne gjøre det lettere å sammenligne dataene. Deretter vurderte jeg eksemplene på

underkategoriene jeg hadde satt opp en gang til. Underkategoriene jeg endte opp med, ble vurdert opp mot hva sitatene handlet om (Tabell 2.)

4.7 Metodisk vurdering

Å vurdere metodisk krever ikke bare rett valg av metode, det stiller også krav til å tenke systematisk, være kritisk og reflektere over valg som gjøres underveis. Det å sikre kvalitet i kvalitativ forskning kan derfor være utfordrende. Her handler det ikke om å følge en bestemt prosedyre, men å kontinuerlig være åpen for flere tolkningsmuligheter (Dalland, 2012).

Før en undersøkelse blir satt i gang er det viktig å drøfte hvilken metode som passer best for å besvare problemstillingen. Et viktig kunnskapskrav ved valg av metode, er at den gir troverdig kunnskap. Det betyr at forutsetningen for validitet og relabilitet må være overholdt (Dalland, 2012). Reliabilitet betyr pålitelighet, og er i hovedsak et kvantitativt begrep som jeg har valgt å ikke bruke i denne studien.

Validitet handler om relevans og gyldighet. Det vil si at det er sammenheng mellom spørsmålet som undersøkes, og hvilke data en samler inn. Validitet krever ikke at det som blir fortalt er sant, men at det gir en forståelse av at for eksempel andre i samme situasjon kan kjenne seg igjen i opplevelsen (Johannessen et al., 2010).

I narrativ forskning kan validitet handle om den indre konsistens i forskningsprosjektet, og om metoden besvarer problemstillingen som undersøkes (Johannessen et al., 2010).

Validiteten kan vises ved at problemstillingen, teorien, empiri og analysen er nøye gjennomtenkt og godt reflektert (Dalland, 2012).

Ved å vise trinnene i fortolkningen styrker jeg validiteten. Jeg har i resultatpresentasjonen forsøkt å velge ut sitater fra historiene som er mest relevant for de ulike kategoriene. Samtidig har jeg prøvd å plukke ut et varierende utvalg av erfaringene knyttet til periodontitt.

På den måten kan leseren vurdere min tolking og på egenhånd vurdere troverdigheten i den.

Validitet i kvalitativ metode handler også om hvilken måte data samles inn og hvordan en transkriberer materialet. Et intervju skiller seg fra skriftlige dokumenter ved at man kan få en

større forståelse gjennom det sosiale samspillet som skjer mellom intervjuer og informant. Når en bruker skriftlig datainnsamling som tilnærming opphører viktige elementer som nikk, bekreftelser og bekreftende lyder eller andre uttrykk som kan få frem nyanser i historien (Johannessen et al., 2010). Historiene i denne studien består av skriftlig tekst uten tilgang til kroppsspråk og inntrykk. Sitatene jeg har plukket er gjengitt slik de er skrevet, og er derfor ikke utsatt for min påvirkning. Likevel oppstår det et samspill mellom meg som forsker og fortellingene til informantene, siden det er jeg som velger ut deler av historiene jeg fremhever. Min tolkning og mine valg gjøres på bakgrunn av egenforståelse av det som blir fortalt.

Bruk av narrativ som tilnærming kan ha både positive og negative sider. De positive sidene dreier seg om materialet som kommer frem ved bruk av tilnærmingen.

For forteller kan tilnærmingen bidra til mestring, hvor det oppleves som meningsfullt at historien betyr noe for andre enn seg selv (Fossland & Thorsen, 2010). Selv om jeg så godt jeg kan forholder meg til historien, vil det til slutt handle om at jeg også tolker det som allerede er tolket. Jeg vil derfor gjøre oppmerksom på at min forståelse av det som blir fortalt, kun er ”en” versjon av hvordan det kan forstås.

4.8 Etisk vurdering

I denne studien har det vært viktig for meg å la etiske overveielser styre prosessen gjennom prosjektet. Informantene har vært en viktig ressurs for at denne studien kunne gjennomføres. Det har derfor vært viktig for meg å ivareta informantene på en profesjonell, etisk og reflektert måte.

Prosjektbeskrivelsen min som ble godkjent ved Høgskolen i Hedmark høsten 2014 var et avgjørende veiskille for videre arbeid, og starten på denne studien. Prosjektets godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) var i den sammenheng et viktig grunnlag for videre arbeid med studiens innhold og tilnærming. For å være på den sikre siden, ble studien også lagt frem for Regional Etisk Komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). Prosjektet ble vurdert per mail og lå utenfor deres mandat.

For å få rede på menneskelige erfaringer må tillit være til stedet. Det oppnås ved at menneskene det handler om, erfarer å bli ivaretatt på en god måte. I forskning handler etikk om forholdet mellom mennesker, og hvordan vi forholder oss til hverandre (Johannessen et al., 2011). Etiske overveielser handler på den ene siden om å sikre godt vitenskapelig arbeid. På den andre siden dreier det seg om å ivareta hensynet til enkeltpersonen og offentligheten. Det betyr at vi må reflektere nøye rundt hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt kan forårsake, og hvordan de kan løses (Dalland, 2012).

I en forskningsprosess kan det oppstå etiske dilemmaer mellom informant og forsker. Selv om man i kvalitativ forskning bygger på tillit og empati, bør man være bevisst på dette når det kommer til intervjudelen. Etiske hensyn er viktig i sykdomshistorier fordi de ofte inneholder personlige følelser og erfaringer. Det handler om å ta vare på informanten, og sikre at informasjonen de deler blir behandlet på en trygg og sikker måte slik at de ikke er identifiserbare (se vedlegg 5). Forskningens mål er å utrette ny kunnskap uten at det skjer på bekostning av informantens integritet og velferd (Dalland, 2012).

4.8.1 Min rolle som forsker

En forsker bør ha en kritisk distanse, samtidig som man viser nærhet og fortrolighet, og er et medmenneske som er der for samtale, om intervjuet skaper behov for mer samtale i ettertid. Informanten skal føle seg ivaretatt og hørt. Likevel er det viktig en ikke blir for nær eller skaper urealistiske forventninger om kontakt i etterkant (Fossland & Thorsen, 2010). Jeg har prøvd å være bevisst på den posisjonen jeg har som forsker og tannpleier, ved å vise forståelse og interesse for deres sykdomshistorier. Jeg ønsket at informantene mine skulle føle at den informasjonen de kunne gi var verdifull for meg.

4.8.2 Nytte av prosjektet

Intensjonen med disse fortellingene er å sette fokus på personer med periodontitt i tannhelsetjenesten. Historiene til pasientene gir oss viktig informasjon om sykdommen, og kan bidra til at de får bedre støtte i helsetjenesten og av støtteapparatet rundt. Ved å tilrettelegge for denne pasientgruppen, kan vi bidra til god helse og livskvalitet.

Ved å lese sykdomshistorier fra personer med periodontitt får vi et levende bilde av deres egne erfaringer og opplevelser. Det er både spennende og nyttig å lese andres historier. Det er ingen selvfølge at andre mennesker vil dele eksistensielle sider ved livet sitt. Det er derfor viktig å vise interesse for denne unike tilgangen. Dette gjelder som leser, men også som behandler av pasienter med periodontitt. Som nevnt tidligere rammes omtrent halvparten av alle over 40 år av en mild eller moderat periodontitt (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenester, 2008). En ting er å lese seg opp om periodontitt, en annen ting er å leve med det. Historiene er derfor viktig kunnskap for tannhelsepersonell som behandler denne pasientgruppen.

Resultatene i denne studien er ikke generaliserbare, likevel kan kunnskap som er kommet frem i denne studien være gjenkjennbar ved at andre med periodontitt eller kronisk sykdom, kan kjenne seg igjen i noen av resultatene. Det som er blitt presentert i denne studien håper jeg har en overføringsverdi til andre, med et spesielt fokus på tannhelsepersonell. Et liv med sykdom kan betyr mye for livskvalitet og identitetsutvikling. Det er derfor et ønske om at kunnskapen kan bidra til god støtte og behandling hos den det gjelder, og kan ha positiv effekt på mestring og livskvalitet.

5. Resultater og analyse

I denne delen vil jeg presentere resultater som besvarer problemstillingen. Resultatene blir presentert gjennom tre hovedkategorier; ”Følelser”, ”Hverdagen” og ”Sykdommen”. Disse belyses gjennom underkategorier og sitater fra informantene. Analysen blir først fremstilt gjennom en tabell (Tabell 2), og deretter gjennom den tematiske analysen som sier noe om hva som blir fortalt. Denne fremgangsmåten er valgt på bakgrunn av at resultatet skal fremstå som oversiktlig og forståelig for leseren.

Helt tilslutt drøfter jeg historienes identitetsskapende rolle, og som konstruksjon av virkeligheten.

Tabell 2: Oversikt over kategorier, underkategorier og sitater fra informantene.

	Hovedkategori - Følelser
<i>Synlighet</i>	”Det å spise med andre kan være en utfordring i seg selv, da jeg føler at alle andre ser det da jeg tygger maten”. ”Jeg kan av og til kjenne på redsel og angst. Redsel for å miste tennene og angst for at jeg vet at jeg kommer til å minste dem”.
<i>Sosiale begrensninger</i>	”Jeg prøver å ikke le så mye der det er mye folk, prøver heller og skjule litt da, er ikke så farlig der jeg kjenner andre”.
<i>Selvfølelse</i>	”Når man ser seg i speilet, oppdager man at det er mellomrom (store og små) og at du føler at du ser ut som en galing”.
	Hovedkategori - Hverdagslivet
<i>Energi</i>	”Jeg opplever dårlig med søvn også, av og til kan jeg bli sint på grunn av det”. ”Det setter ingen begrensninger i hverdagen”.

	<p>”Jeg er sterk psykisk og har god familie rundt meg og jeg legger meg ikke ned og gir opp, men bruker mye energi på å holde meg i gang”.</p>
Livskvalitet	<p>”Det synes litt, men tror jeg er mest oppmerksom på det selv”.</p> <p>”Jeg døyver smerten ved å holde meg aktiv og drive med ting som jeg interesserer meg for og som gir meg noe tilbake”.</p> <p>”Sykdommen har med andre ord ikke satt begrensninger for meg verken fysisk, psykisk eller sosialt”.</p>
Livsfase	<p>”Men i det store og det hele, er ingen dag lik”.</p> <p>”Jaja, tenker jeg, da for jeg være hjemme denne dagen her også.</p>
	Hovedkategori - Sykdommen
Sykdomsutvikling	<p>”Jeg har også opplevd å måtte trekke den del tenner på grunn av denne sykdommen”.</p> <p>”Han ga uttrykk for at dette burde vært oppdaget for lenge siden”.</p>
Sykdomstegn	<p>”Jeg merket egentlig ingenting selv, men det var min faste tannlege som merket at mine tenner begynte å løsne og tannkjøttet begynte å trekke seg tilbake”.</p> <p>”Jeg opplever at jeg noen ganger kan ha litt vondt i tennene og ikke klarer å tygge så godt”.</p> <p>”Påpasselig med tanke på forandringer i tannstatus og tannkjøtt”.</p> <p>”Jeg har fått tannpirker og mellomromsbørster på hjernen... Er ”på” hele tiden for å rense og for å holde det rent”</p>

5.1 Fortellinger om følelser

Vi mennesker er født ganske like, vi har en kropp, to bein og to armer, og et hav av følelser. Følelser handler om ulike reaksjoner på en sanseopplevelse, og kan gjenkjennes etter varighet, styrke og intensitet. Likevel er vi veldig forskjellige når det kommer til hva vi føler, og hvordan vi opplever ting. Vårt syn på verden og visjon om det gode liv stammer i bunn og grunn fra de erfaringene vi har gjort i livet. Hvordan vi tolker, vurderer, og opplever en situasjon, styres av det som berører oss i en følelsesmessig situasjon, som igjen påvirkes av hvilke opplevelser vi har i møte der og da (Hovland, 2011).

Følelser spiller en betydningsfull rolle i valgene vi tar gjennom livet, og det at vi er i stand til å vise følelsesreaksjoner viser at vi er individer som kan berøres og bevege oss med det som både skjer med, og rundt oss. Ved å vise følelser er vi stand til å få virkeligheten tett innpå oss. Man kan si at følelser alltid handler om noe, hvor den forbinder indre side med den ytre. Følelser kan beskrives som en måte å både se, og erkjenne noe på (Hovland, 2011).

5.1.1 Synlighet

Tennene er kanskje noe av det første vi ser når vi snakker med noen, og som kan bidra til å forme vårt førsteinntrykk av andre. Det å ha alle tennene i behold kan for den enkelte være viktig for velvære, og ikke minst selvfølelsen. En smilende munn, hele og fine tenner symboliserer god helse og livskvalitet, og en person med pene tenner, anses ofte som en mer attraktiv og vellykket person. Det å miste tenner kan føre til skam over egen munnhelse og forandringer i det sosiale kontaktmønsteret (Klinge, 2010). I en av historiene til informantene fortelles det om hvordan periodontitt påvirker sosial omgang med andre. ***”Det å sitte og spise med andre kan være en utfordring i seg selv, da jeg føler at alle ser det da jeg tygger maten”*** (Informant 6). Som følge av periodontitt kan tannkjøttet trekke seg tilbake, og medføre blottlagte tannhalser og mellomrom mellom tennene (Klinge & Gustafsson, 2011). Dette vil først og fremst som oftest være mest synlig for den det gjelder, men også for andre. I et slik tilfelle kan det fort oppstå at man reflektere mer over seg selv, og sin tilværelse (Bache & Østerberg, 2005).

Periodontitt omhandler en gruppe sykdommer som påvirker tannens støttevev. Det betyr at tennene blir løse og i verste fall kan falle ut (Klinge & Gustafsson, 2011). Det å miste tenner og bli tannløs kan for mange oppleves som smertefullt, og et følsomt tema (Klinge, 2010). En slik utfordring kan for mange føre til en følelse av både angst og redsel (Bache & Østerberg, 2005). I en av historiene til informantene kan vi lese om denne utfordringen. ***”Jeg kan av og til kjenne på redsel og angst. Redsel for å miste tenner, og angst for at jeg vet at jeg kommer til å miste dem”*** (Informant 6). Fine tenner er lett å legge merke til, det samme er manglende og sjenerende tenner. Mange har derfor sterke følelser til egne tenner og utseende. Sett ut i fra et pasientperspektiv vil det estetiske stå høyere enn funksjon (Klinge, 2010).

5.1.2 Sosiale begrensninger

Det at vi lever i en materiell verden betyr at vi også lever i samspill med andre mennesker. Vi er i kontakt med andre så fort vi går ut av døren, enten det er på vei ut for å hente posten, på vei inn i butikken, eller i lunsjen på arbeidsplassen (Bache & Østerberg, 2005). Når man smiler ler, eller snakker med andre, kan det være lett å oppdage sykdommen. I en av historiene til informantene kan vi lese om hvordan periodontitt setter begrensninger i hverdagen. ***”Jeg prøver å ikke le så mye der det er mye folk, prøver heller å skjule litt. Det er ikke så farlig der jeg kjenner andre”*** (Informant 6). I samspill med andre er det lett å bli usikker på seg selv, og hva andre tenker. Sykdommen kan gjøre noe med den sosiale vesen, uansett hvor synlig eller usynlig sykdommen er for andre. Familie og venner kan være god støtte, og de personene som står en nærmest, føler man seg som oftest tryggere rundt (Gjengedal & Hanestad, 2007).

5.1.3 Selvfølelse

Hva vi opplever og vurderer som fint eller mindre attraktivt formes ofte i sosiale og kulturelle sammenheng. Hva som er vakkert vurderes av ”øyet som ser”, og anses som en høyst subjektiv oppfatning (Klinge, 2010). En av informantene forteller hvordan periodontitt påvirker selvfølelsen. ***”Når man ser seg selv i speilet, oppdager man at det er mellomrom (store og små,) og at du føler at du ser ut som en galing”*** (Informant 6). Periodontitt kan føre til mellomrom mellom tennene, hvor tennene flytter på seg og forandrer tannstilling (Hansen, 2004). Kroppen er noe vi har, på lik linje som tennene. Tennenes funksjon, og hvordan de står

plassert i forhold til hverandre er en selvfølge, likevel blir vi oppmerksomme når noe er annerledes. Forandringer i tannstillingen kan endre utseende, og hvordan man føler seg. (Klinge, 2010). Følelsen av å se annerledes ut, og ha en trygg identitet kan trues, og for mange kan det oppleves som et sjokk. Sjokk fordi den gradvise forandringen kom helt uventet, men også fordi man mister kontroll over sin egen helse og sin identitet (Bache & Østerberg, 2005).

5.2 Fortellinger om hverdagslivet

Personer med sykdom i livet er ofte preget av en annen hverdag. En vanlig hverdag for en som er syk kan bestå av regelmessig kontroll hos helsevesen, dårlig søvn og smerter. Livet består av ulike livsfaser, hvor typiske oppgaver og utfordringer hører til spesielle perioder. Hvor i livet man er kan ha betydning for hvordan man opplever sykdom (Bache & Østerberg, 2005). For en ungdom i tjueårene, kan en typisk hverdag dreier seg om studier og trening. For den i trettiårene kan et hektisk familieliv med tidlig morgninger og sene kvelder stå i fokus. Livskvalitet handler om kvaliteten på livet man lever, og dreier seg om både fysisk, psykisk, sosiale og eksistensielle sider ved livet. Opplevelsen av å for eksempel leve med periodontitt, kan påvirke hvordan hverdagslivet og livskvaliteten til den enkelte er (Gjengedal & Hanestad, 2007).

5.2.1 Energi

Plager med tenner og tannkjøtt kan for mange være plagsomt. Smerter fra munnhulen kan påvirke hverdagen på flere plan. Som følge av periodontitt kan det være både gode og dårlige dager. For en som er rammet av alvorlig periodontitt kan plagene være store. De kan være så store at det kan være vanskelig å sove, noe som resulterer i dårlig søvnkvalitet. En av informantene forteller om periodontitt og tap av energi. **”Jeg opplever dårlig søvn også, av og til kan jeg bli sint på grunn av det”** (informant 6). Hvordan hverdagen for folk flest er, er veldig individuelt. Noen har fulltidsjobber, andre igjen har kanskje ingen jobb å gå til. Periodontitt er en sykdom som kan komme både raskt, men også langsomt (Hansen, 2004). Derfor kan noen oppleve store plager ved sykdommen, mens andre igjen, ingen plager eller få begrensninger i hverdagen (Bache & Østerberg, 2005). En av informantene forteller om dette. **”Det setter ingen begrensninger i hverdagen”** (informant 3). Hvordan man blir tatt i mot av

familie kan ha stor betydning for livskvalitet, og hvordan man mestrer sykdommen (Gjengedal & Hanestad, 2007). En av informantene forteller hvilken betydning et godt støtteapparat kan ha. ***”Jeg er sterk psykisk og har gode venner og en god familie rundt meg, og jeg legger meg ikke ned og gir opp, men bruker mye energi på å holde meg i gang”*** (informant 5). Støttende familie og venner kan være betydningsfullt for hvordan man takler sykdommer. Livsvilkår kan sette rammer for de ressursene man har tilgjengelig (Bache & Østerberg, 2005).

5.2.2 Livskvalitet

Livskvalitet er et komplekst og stort begrep, og hva som relateres til det gode liv, bestemmes av hva den enkelte definerer som det gode liv for seg (Gjengedal & Hanestad, 2007). En av informantene forteller om sitt forhold til sykdommen ***”Det synes litt, men tror jeg er mest oppmerksom på det selv”*** (informant 3). Noen kan rammes av sykdom uten at det rammer det personlig plan, eller hverdagslivet (Bache & Østerberg, 2005). Hvordan personen opplever seg selv i en situasjon med sykdom handler ikke bare om sykdomsgraden. Den handler også i stor grad om mestring. En av informantene om dette. ***”Jeg døyver smerten ved å holde meg aktiv og drive med ting som jeg interesserer meg for og som gir meg noe tilbake”*** (informant 4). Mestring dreier seg om å ha troen på at noe er oppnåelig og det å kunne mestre en tilstand, situasjon eller utfordring i hverdagen (Fjerstad, 2010). En av informantene forteller om god livskvalitet ***”Sykdommen har med andre ord ikke satt begrensninger for meg verken fysisk, psykisk eller sosialt”*** (informant 1).

5.2.3 Livsfase

Sykdom kan oppstå når som helst i livet, selv om periodontitt som oftest opptrer i voksen alder (Klinge, 2010). Hvor i livet man er kan ha stor betydning for hvordan man mestrer sykdom. For noen kan smerter og plager gi innskrenking i livet (Bache & Østerberg, 2005). En av informantene opplever dette. ***”Men i det store og det hele er ingen dag lik”*** (Informant 6). Hvordan personen opplever seg selv i en situasjon med sykdom handler ikke bare om sykdomsgraden. Det handler også om mestring. Det å kunne mestre en utfordring i hverdagen (Fjerstad, 2010). For en av informantene er periodontitt en stor utfordring i hverdagen. ***”Ja ja, tenker jeg, da får jeg være hjemme denne dagen her også”*** (informant 6).

5.3 Fortellinger om sykdommen

Å få en tannkjøttssykdom kan være en byrde i seg selv. Likevel kan byrden bli enda større når man får vite at den er kronisk og ikke irreversibel. Det betyr at tannkjøttet ikke kan bli friskt igjen, og at den må holdes i sjakk for å ikke videreutvikles. Ikke alle oppdager sykdommen i tide, og ikke alle oppdager den i det hele tatt. Ofte er det tannlegen eller tannpleieren som ved en rutinekontroll, oppdager sykdommen.

5.3.1 Sykdomsutvikling

Når en ubehandlet periodontitt får stå i ro lenge, kan det utvikle seg dype lommer med bakterier og betennelse. Periodontitt kan resultere i tanntrekking hvis betennelsen er alvorlig (Klinge & Gustafsson, 2011). En av informanten forteller om alvorligheten ved å ha periodontitt. ***”Jeg har også opplevd å måtte trekke en del tenner på grunn av denne sykdommen”*** (informant 2). Periodontitt er en multifaktoriell, og er på lik linje med andre sykdommer et komplekst samspill mellom arv og miljø. Ytre risikofaktorer anses å være munnhygiene, røyking og diabetes (Hansen, 2004). Personer som røyker vil oppleve mindre blødning fra tannkjøttet, og dermed mindre synlige tegn til periodontitt. En av informantene opplevde at sykdommen ikke ble oppdaget i tide. ***”Han ga uttrykk for at dette burde vært oppdaget for lenge siden”*** (informant 2). Ved å gå regelmessig til tannpleier kan periodontitt oppdages før den blir alvorlig (Klinge, 2010).

5.3.2 Sykdomstegn

Ved periodontitt kan tannkjøttet blir ømt, lettbløende, hovent og smertefullt. Betennelsen som har oppstått kan bryte ned vevet rundt tannen, og uten behandling vil tennene kunne falle ut (Klinge og Gustafsson, 2011). Periodontitt kan utvikle seg uten smerter eller andre sykdomstegn, og ofte er ikke pasienten oppmerksom på sykdommen før tennene er løse, vandrer eller faller ut (Hansen, 2004). En av informantene forteller hvordan sykdommen først ble oppdaget. ***”Jeg merket egentlig ingen ting selv, men det var min faste tannlege som merket at mine tenner begynte å løsne, og tannkjøttet begynte å trekke seg tilbake”*** (Informant 2). En av informantene forteller at det kunne være smertefullt å spise. ***”Jeg opplever at jeg noen ganger kan ha litt vondt i tennene, og ikke klarer å tygge så godt”***

(Informant 2). For å forebygge sykdomsutviklingen og oppnå et bra behandlingsresultat, kreves det omsorgsfull munnhygiene. En av informantene forteller om hvordan sykdommen har påvirket bevisstheten rundt egenbehandling. *”Påpasselig med tanke på forandringer i tannstatus og tannkjøtt”* (informant 1). Det kan kreve stor innsats fra pasienten, ettersom det er viktig å fjerne plakk og bakterier som kan forverre sykdommen. En av informantene forteller hvordan han prøver å holde sykdommen i sjakk. *”Jeg har fått tannpirker og mellomromsbørster på hjernen.... Er ”på” hele tiden for å rense, og for å holde det rent ”* (informant 4). Når bakteriebelegget opptrer over tannkjøttskanten kan pasienten fjerne, eller redusere mengden belegg ved hjelp av tannbørste, tanntråd eller tannstikkere. Når bakteriebelegget når området under tannkjøttskanten, vil det være umulig for pasienten å holde det det rent, og det trengs profesjonell hjelp av en tannpleier eller spesialist (Klinge, 2010).

5.4 Historiene som konstruksjon av fortellinger og identitet

Historiene kan forstås som konstruksjon av fortellinger og identitet. Gjennom fortellingene konstrueres og skrives det frem en identitet fra et pasientperspektiv (Hauge, 2007). Historiene formidler ulike opplevelser knyttet til det å leve med periodontitt, og kan sees på som identitetsskapende fortellinger (Fossland & Thorsen, 2010).

5.4.1 Historiens identitetsskapende rolle

Fortellinger fra et pasientperspektiv dreier seg om menneskelig erfaringer, og gir oss kjennskap i hvordan det oppleves å være pasient i en aktuell situasjon (Hovland, 2011). Personlige historier kan sammenlignes med selvbiografier, både i måten de konstrueres på, og hvilken mening den gir (Hauge, 2007). Fremstilling av ”jeg-et” er selvrepresenterende og identitetsskapende i seg selv. I følge Erikson (1997) foregår avgjørende momenter for identitetsutvikling i ungdomstiden, hvor individet går fra barn til ung voksen. I denne perioden utvikles egen selvoppfattelse og begynnende identitet, og avgjør hvordan individet opplever og gjennomgår identitetskriser i løpet av livet.

Begrensning i livsutfoldelse, som for eksempel kronisk sykdom, kan resultere i identitetskrise. For en person som blir rammet av sykdom vil en for eksempel være opptatt av

finne en meningsfull måte å leve livet på, og samtidig være engstelig for å være annerledes enn andre. Når man bli rammet av en kronisk sykdom, trues identiteten ytterligere. Det handler ikke om en periode av livet, men hele livet (Bache & Østerberg, 2005). Gjennom en av historiene skriver en av informantene frem sin nye identitet som en følelse av å være annerledes. Det handler om utseende, og hvordan sykdommen har forandret tannstillingen og selvfølelsen. Likevel ble det også fortalt historier om en uforandret tilværelse og identitet. Hvor i sykdomsforløpet den enkelte var, kan imidlertid ha bidratt til å påvirke den enkeltes identitet. De som opplevde sykdommen som en ekstra påkjenning i livet, ga uttrykk for at sykdommen kunne være en utfordring. Det ble i den forbindelse fortalt om søvnløse netter, og at det kunne være vanskelig å omgås andre i frykt for å bli sett på som annerledes. Ved å fortelle om dype følelser som redsel og angst, kan det være et uttrykk for å prøve å finne tilbake til seg selv slik informanten var før sykdommen oppstod.

Mennesker opplever og erfarer liv gjennom historiene som fortelles. Gjennom historiene vi forteller dannes en identitet. Identiteten oppstår og formes i den gruppen, kulturen og tiden vi lever i. Vår erfaringer kommer frem i form av historier, og det vi anser som viktig får stor plass, mens andre ting ikke vektlegges i det hele tatt. Hva vi vektlegger avhenger av hva vi ønsker å beskrive. De delene som ikke blir nevnt, blir også glemt. Historiene som står igjen er med på å bygge vår identitet (Lundby, 2007).

Den enkeltes syn og opplevelse av egen kropp er et viktig element i forbindelse med identitetsdannelse. Det er ikke bare fysiske bivirkninger som gjør at man føler seg annerledes fra andre. Erfaringer om sykdommen og hvordan den påvirker identiteten kan være vanskelig for familie og andre utenforstående å forstå. Synet på livet endres. En viktig del av identitetsdannelsen er å føle tilhørighet i et fellesskap, og kunne identifisere seg med andre (Erikson, 1997). I fortellinger om følelser kan vi lese at en av informantene opplevde det som vanskelig å spise og le med andre mennesker tilstede. Det kan tenkes at informanten prøver å unngå sosiale sammenheng, og på bakgrunn av det ikke føler tilhørighet i et fellesskap.

Sykdom kan berøre både kropp og sinn. Hvordan sykdommen oppleves, og hvordan den påvirker hverdagen kan ha betydning for dannelse av identitet (Fosslund & Thorsen, 2010). Dårlig med søvn er ikke den eneste faktoren som gjøre hverdagen til en som er syk forskjellig fra andre. Sykdom fører ofte med seg smerte. En følelse som skiller seg ut fra kroppslige

følelser. Et liv med smerte fører til at hverdagen må planlegges ut i fra dagsform og hvordan man føler seg (Bache & Østerberg, 2005). I fortellinger fra hverdagslivet kan vi lese om de negative erfaringene, som dårlig søvn og humør. Det fortelles også om positive erfaringer, hvor fysisk aktivitet og fritidsinteresser virker positivt på smerter. Det kan tenkes at informanten på bakgrunn av de positive erfaringene har et bedre liv med periodontitt.

Fortellinger om sykdom har ulike funksjoner, men ofte handler det om å bli mer synlig og forståelig for andre (Frank, 1998). Kronisk sykdom, som for eksempel periodontitt, kan endre forhold mellom kropp, selvet og omverden (Hovland, 2011). Gjennom sykdomshistorier er det mulig å gi mening til en hendelse som har forstyrret livsløpet. I fortellinger om sykdom kan vi på en måte sette oss inn i sykdommen karakter. Det vises gjennom hvordan sykdommen kom snikende, og helt uventet. Historiene dreier seg om en konstruksjon hvor identiteten skapes gjennom fortellingen. Ved å beskrive egenerfarte opplevelser skriftlig, må informanten tenke nøye gjennom det som blir beskrevet. Hvem vi er, hvordan vi fremstår og hva vi ønsker å bli kjent for er med på å forme hvilke spor man ønsker å sette (Hauge, 2007).

Det at vi konstruerer identiteten vår gjennom fortellinger ut i fra hukommelseskapasitet, bevissthet og måten vi organiserer og konstruerer våre tanker på, trenger ikke å bety at det verken er "sant" eller "usant" (Fossland & Thorsen, 2010). Fortelleren utelater ofte deler av historien som en del av hvordan man ønsker å fremstå, slik at de virker fornuftige og troverdige. Ved å presentere seg selv gjennom et skriftlig intervju, kan forteller velge hvilke sider ved sin identitet som skal vektlegges, og samtidig beholde eller endre identiteten (Lundby, 2007).

Fortellingene om hvordan vi opplever sykdom kan også bli påvirket av det levende liv, og ikke bare i øyeblikket. Konstruksjonen handler også mye om sammenhengen med hva andre forventer av oss, eller forventninger til kulturen vi lever i. Sosiale medier spiller en viktig rolle i konstruksjon av identitet. Hvem vi er, hvem vi ønsker å være forstås i forhold til og ut i fra andre. Hvordan vi fremstiller oss selv, skjer både ubevist og bevisst ut i fra fortellerens perspektiv (Hauge, 2007). Fortellingene er personlig erfaringer, men det mener jeg ikke at fortellingene er "usanne", men at de er konstruert ut i fra sosial og kulturell kontekst, i et liv med sykdom.

6. Diskusjon

Uventet sammenheng mellom god livskvalitet og periodontitt

I arbeidet med problemstillingen hadde jeg en hypotese om at kronisk sykdom kunne medføre dårligere livskvalitet. Resultatene fra studien viser at noen deltakere erfarte god livskvalitet i et liv med kronisk sykdom. I studien ga tre av seks informanter uttrykk for at periodontitt ikke påvirket livskvaliteten. Dimensjonen som omfatter psykologisk ubehag, som synlighet, viste seg å være en av de viktigste faktorene som var avgjørende for opplevelsen av god eller dårlig livskvalitet. Deretter kom følelsen av smerte og frykt for å miste tennene som faktor nummer 2. De som opplevde god livskvalitet tolkes å mestre sykdom bedre. Faktorer som mental styrke og et godt sosialt nettverk viser seg å være forsterkende.

Funnene viser at min hypotese om at kronisk sykdom medfører dårligere livskvalitet, ikke nødvendigvis gjelder alle mennesker. Mestring er viktig når sykdom utgjør en trussel mot selve livet. Det å kunne håndtere og finne mening i et liv med kronisk sykdom gir økt følelse av mestring.

En forventet sammenheng mellom kjønn og livskvalitet

Når det kom til opplevelser knyttet til livskvalitet, viser studien forskjeller mellom kjønn. Forskjellene gir uttrykk for at sosial og kulturell påvirkning i samfunnet kan gi ulik forventning til kroppens utseende. Kvinnene som opplevde dårligere livskvalitet kan tolkes på den måten at faktorer som utseende og estetikk var avgjørende. For de mannlige deltakerne ble ikke disse faktorene nevnt. Selv om estetikk anses å være en høyst subjektiv oppfatning, vil våres opplevelser og vurderinger av hva som er fint eller stygt formes i sosiale og kulturelle sammenheng. Samfunnets utvikling har påvirket skjønnhetsidealet, og massemedia og markedsføring kan anses å være de viktigste årsakene til dette fokuset. Kvinner kan i den sammenheng tolkes å være mer opptatt av utseende enn menn. Det kan også trekkes frem at det kan være en forskjell på den yngre- og eldre ”voksne” i studien. Medias påvirkning kan sees i lys som en nyere kultur. Likevel var forskjellene mellom kvinner og menn i studien ikke overraskende.

Sykdomshistorier bør tas hensyn til

Til tross for forbedringer i tannhelsen til befolkningen og lav prosent på antall personer som rammes av alvorlig periodontitt, betyr det ikke at tannhelsepersonells forståelse for pasienters opplevelser kan begrenses. For å kunne vite hvordan vi kan forstå pasienten best mulig, er det viktig at vi vet hvordan den enkelte opplever sin sykdom. Et overordnet mål er at den enkelte i størst mulig grad skal bli i stand til å ta vare på sin egen tannhelse. For å fremme god helse hos denne pasientgruppen bør sykdomshistorier tas hensyn til. Mestring er viktig for livskvalitet, og tiltak som gir økt mestring bør vektlegges. Egenopplevde historier kan bidra til mestring ved at historien betyr noe for andre enn seg selv. God kommunikasjon mellom behandler og pasient kan hjelpe til å skape mestring i et liv med sykdom. Ved å gi rom for at pasienten kan fortelle sin sykdomshistorie vil behandler og utenforstående få et bredere innsyn pasientens livsperspektiv. Ved å oppleve mestring av sykdommen vil en kunne erfare bedre behandling, og pasienten settes i bedre stand til å ta vare på sin egen tannhelse, som også er overordnet mål i tannhelsetjenesten. God tannhelse gir god livskvalitet, og jeg mener derfor vi bør ta hensyn til pasientens sykdomshistorier.

7. Oppsummering og avslutning

Formålet med denne studien var å belyse hvordan periodontitt påvirker pasienters livskvalitet. Sykdomshistorier som verktøy blir i studien sett på som nyttig og viktig for tannhelsepersonell som møter pasienter med periodontitt. Erfaringene som er blitt fremhevet er skapt på bakgrunn av pasienters opplevelser, og anses som konstruksjon av historier og identitet. Fokuset rundt historiene har medført en større oppmerksomhet på hva som fortelles. Jeg har studert historienes innhold og funksjon, og studiens funn viser at hvilken påvirkning sykdommen har for livskvaliteten kan variere mellom deltakerne. Hovedfunnene viser imidlertid en forskjell mellom kvinner og menn. Kvinnene er mer opptatt av utseende og estetikk, noe som gjenspeiler seg i resultatene. De mannlige deltakerne i studien ser ut til å være mer opptatt av å ha fokus på faktorer som gjøre hverdagen bedre. Periodontitt kan gjøre noe med selvfølelsen og kan i stor grad påvirke utseendet. Enkelte deltakere opplevde at sykdommen var synlig for andre og at den satte sosiale begrensninger for livsutfoldelse. Mestring av sykdommen kan gi bedre livskvalitet. I studien viste det seg at faktorer som mental styrke og et godt sosialt nettverk hadde en forsterkende positiv virkning. Funnene viser at hva som betraktes som god livskvalitet i et liv med kronisk tannkjøtt sykdom er veldig individuelt. I studien deltok et mindre antall informanter hvor jeg i tillegg hadde et avgrenset problem. Konsekvensene av periodontitt gjelder nødvendigvis ikke alle, og er heller ikke veldig dramatisk. Jeg opplevde at informantene ikke skrev veldig mye, og det kan tyde på at problemet ikke overskygger hverdagen totalt, samtidig som dette er noe som kan diskuteres ut i fra hvordan man tolker narrative. Å mestre en utfordring i hverdagen antas imidlertid å være en viktig faktor for god livskvalitet. Egenopplevde historier kan bidra til mestring ved at historien betyr noe for andre enn seg selv. God kommunikasjon mellom behandler og pasient kan hjelpe til å skape mestring i en utfordrende hverdag.

Selv om studien har gitt meg ny kunnskap om hvordan periodontitt kan påvirke livskvalitet, har arbeidet med analyseprosessen underveis åpnet opp for nye idéer som ville vært relevant å se nærmere på. Noe jeg antageligvis kunne hatt muligheten til å gjøre, men som ikke ble valgt i denne studien, var å for eksempel se på informantenes bakgrunn, som alder og utdanning. Et større utvalg i studien kunne bidratt til en bredere forståelse av hvilken betydning sosiale ulikheter kan ha for personer med periodontitt knyttet til livskvalitet.

8. Etterord

I arbeidet med denne masteroppgaven sitter jeg først og fremst igjen med en opplevelse av at jeg har lært mye. Prosessen har vært spennende, utfordrende og givende. Jeg avslutter studiet og går inn i arbeidslivet med det jeg har lært om pasienters erfaringer. Erfaringer som gjør meg til en bedre lytter og behandler for mine fremtidige pasienter med periodontitt. Jeg har gjennom masterutdanningen i folkehelse fått en bredere forståelse for hvor viktig folkehelsearbeid er for tannhelsen. Helse er ikke bare helse, tannhelse er også helse. I stortingsmeldingen nr. 19 "Folkehelsemeldingen" (2014-2015) blir ikke tannhelse nevnt i det heletatt. Til tross for at tannhelsen har bedret seg i forhold til tidligere sosiale skillelinjer, er tannsykdommer fortsatt utbredt i befolkningen. Tannsykdommer må derfor beregnes som folkesykdommer. Forebygging av tannsykdommer har foregått på forskjellige plan i over 70 år, hvor tannhelsepersonell blant annet har bidratt i arbeidet mot tobakk og registrering av mulig vold, overgrep og omsorgssvikt. Tannhelsesektoren er den helsesektoren som et stort flertall av befolkningen har regelmessig kontakt med. En slik situasjon bør utnyttes til fordel for folkehelsen. I det første kapittelet i folkehelsemeldingen presiseres det at folkehelsepolitikken er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområdet. For periodontitt bør det være et viktig poeng at vi ikke har en offentlig helsetjeneste for voksne hvor slike problemer kan oppdages rutinemessig uten at befolkningen må betale for det selv. Folketrygden dekker en del av utgiftene ved systematisk behandling av tannkjøttssykdommer. Tegn på periodontitt kan være vanskelig å oppdage. Jeg stiller spørsmålsteget ved hvordan vi skal fange opp pasienter som har tannkjøttssykdommer før det blir for alvorlig. Et forebyggende tiltak bør være å forhindre at pasienten i det heletatt utvikler periodontitt. Siden periodontitt kan være vanskelig å oppdage for pasientene, kan det derfor hende at sykdommen ikke bli oppdage i tide. For de som ikke går regelmessig til tannpleier eller tannlege, vil dette bli et problem. Er det slik at vi skal vente til pasienten får periodontitt før de kan få utgiftene dekt? Mitt budskap til de som har ansvar for folkehelsearbeidet nasjonalt og lokalt er å se på dette tannhelseproblemet og gjøre noe.

Litteraturliste

Bache, M., & Østerberg, B. (2005). *At være i verden med kronisk sykdom*. Danmark: Dansk psykologisk forlag.

Biehl, A., Lyshol, H. (2009). *Tannhelsestatus i Norge - En oppsummering av eksisterende kunnskap*. Nasjonalt folkehelseinstitutt (Rapport 2009:5). Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/51a1b32cf8.pdf>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Erikson, E. H (1997). *Identitet – Ungdom og Kriser* (2. utg.). Danmark: Academic press

Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk - Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fossland, T., & Thorsen, K. (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Frank, A.W. (1998). Just listening: Narrative and Deep Illness. *Families, systems & Health*, 16(3),197-212.

Gjengedal, E (Red.), & Hanestad, B. R (Red.), (2007). *Å leve med kronisk sykdom - En varig kursendring* (2.opplag). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Hansen, B. F. (2004). Diagnostikk av periodontale sykdommer. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 114(1), 20–28.

Hansen, J. H. (2009). *Narrativ dokumentasjon - En metode til utvikling af pædagogisk arbejde*. København: Academic press

Hauge, Å. L. (2007). Identitet og sted: En sammenligning av tre identitetsteorier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(8), 980-987.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. (St.meld. nr. 19, 2014-2015). Lokalisert på:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2015*. (Rundskriv 1-2/2014). Lokalisert på:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/0aad0a7e66224ce88702dbc0454a288d/folketrygdens-stonad-til-dekning-av-utgifter-til-tannbehandling-for-2015.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Lokalisert på
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Hoffman, B. (2003). Sykdom som dannelselse – en studie av Thomas Manns roman *Trolldomsfjellet*. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(24), 3569-3572.

Holst, D., & Dahl, K.E. (2008). Påvirker oral helse livskvaliteten? *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 118(4), 212-8.

Holst, D., & Skau, I. (2010). Tenner og tannstatus i den voksne befolkning i Norge. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 120(3), 164-169.

Hovland, B.I. (2011). *Narrativ etikk og profesjonelt hjelpearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Hyden, L.C. (1997). Illnes and narrative. *Sociology of health & Illness*, 19(1), 48-69. (ISSN- 0141-9889). Lokalisert på
<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x/asset/j.1467-9566.1997.tb00015.x.pdf;jsessionid=F3E7C9CA775A196C82F2AA7419430E86.f03t04?v=1&t=i5fcong5&s=c0c25d745519bac8a8ae92df7ae993277fc281af>

Jacobsen, D.I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring* (2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Jansen, J., & Glover, J. (2009). *Smerte*. Lokalisert på:
<https://sml.snl.no/smerte>

Karlsson, E., Lymer, U.-B., & Hakeberg, M. (2009). Periodontitis from the patient's perspective, a qualitative study. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(1), 23-30.
doi: 10.1111/j.1601-5037.2008.00332.x

Klinge, B. (2010). *Munnen - Tänder, kropp och själ*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Klinge, B., & Gustafsson, A. (2011). *Parodontit - En introduktion*. Stockholm: Gothia Förlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lahti, S., Mörk, C., Fiehn, N. E., & Sangnes, G. (2008). Folkehelsearbeid i tannhelsetjenesten i Norden. *Den norske Tannlegeforenings Tidende*, 118(1), 3-3.

Lundby, G. (2007). *Historier og terapi – Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rapport nr. 29, 2008). Lokalisert på
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-royking-pa-utfallet-av-periodontittbehandling>

Riessman, C. K. (2008). *Narrative metodes for the human sciences* . Los Angeles: Sage Publications.

Statens Helsetilsyn, Statens veiledningsserie 1:1999. (1999). *Tenner for livet - helsefremmende og forebyggende arbeid*. (IK- 2659). Lokalisert på http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/veiledningsserien/tenner_livet_ik-2659.pdf

Tabell

Tabell 1. *Eksempel på kategorisering.*30

Tabell 2. *Oversikt over kategorier, underkategorier og sitater fra informantene.*35

Vedlegg

Vedlegg 1. Strategi for litteratursøk.....	55
Vedlegg 2. Tema for narrativen som informantene inviteres til å skrive	56
Vedlegg 3. Den første kontakten.....	57
Vedlegg 4. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.....	59
Vedlegg 5. Kapittel A – Utdypende forklaring av hva studien innebærer	61
Kapittel B – Personvern	

Vedlegg 1. Strategi for litteratursøk

For å komme frem til litteratur og forskning i denne prosjektoppgaven har jeg søkt innenfor følgende søkemotorer: Google Scholar og Oria.

Det er også søkt etter fagstoff fra påfølgende nettsider:

- www.helsebiblioteket.no
- www.tidsskriftet.no
- www.tannlegetidende.no
- www.psykologtidsskriftet.no
- www.helsedirektoratet.no
- www.regjeringen.no

Søkeordene som ble benyttet for å finne forskning, litteratur og fagstoff er:

- Periodontitt, Periodontal diseases, Chronic periodontitis, Periodontitt klassifikasjon
- Tannhelsestatus Norge, Tenner helsefremmende, Tenner forebyggende
- Identitet, Narrativ, Livshistorie, Livskvalitet, Kronisk sykdom

Forskningsartikler som er blitt brukt som utgangspunkt i mitt studie er:

- Karlsson, E., Lymer, U.-B., & Hakeberg, M. (2009). Periodontitis from the patient's perspective, a qualitative study. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(1), 23-30. doi: 10.1111/j.1601-5037.2008.00332.x
- Yousef, J., Ahmad, T. (2010) *Patientens kunnskap om parodontit före och efter icke kirurgisk parodontal behandling utförd av tandhygienist*. (kvantitativ studie). Lokalisert på <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:518865/FULLTEXT01.pdf>
- Borén, L., Claesson, E. (2014) *Livskvalitet hos personer med kronisk parodontit* (Litteraturstudie). Lokalisert på <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:711032/FULLTEXT02.pdf>

Vedlegg 2.

Tema for narrativen som informantene inviteres til å skrive.

Informanten får oppgitt et tema som det inviteres til å skrive en historie om. De får også noen stikkord som kan være retningsgivende for innholdet i historien.

Det er ønskelig at informanten beskriver personlige opplevelser og erfaringer knyttet til dette spørsmålet:

Hvordan oppleves det for deg å leve med periodontitt?

Stikkord for denne historien kan for eksempel være:

- * Livskvalitet
- * Faktorer som fysisk, psykisk og mentalt.
- * Tanker og følelser
- * Forandringer i livet
- * Opplevelser
- * Familie og venner
- * Interesser

Vedlegg 3.

Den første kontakten

Den aktuelle informanten for dette prosjektet vil bli kontaktet av tannklinikken han eller hun tilhører for behandling av periodontitt. Opplysningen om ønske av deltakere til dette prosjektet vil formidles gjennom tannhelsesekretær i dialog med tannlegen pasientene er i behandling hos.

Informasjonen som blir gitt av tannhelsesekretær vil være den samme for alle som blir spurt. Pasientene som blir spurt kan naturligvis takke nei, derfor kan det forekomme at flere enn 8 pasienter har fått ”førstegangs kontakt” informasjon per telefon eller som samtale på klinikken.

Førstegangskontakt informasjon:

”Hei!

Jeg ringer fra ”Tannklinikk ...”.

Jeg ringer deg fordi du er pasient her og vi har en student som holder på med et prosjekt. Har du tid et lite øyeblikk?

Vi har en student fra Høgskolen i Hedmark som skriver en masteroppgave i folkehelsevitenskap og skal gjøre et prosjekt hvor hun trenger noen intervjukandidater.

Hun skriver en mastergrad om periodontitt og livskvalitet, og ønsker å finne ut mer om hvordan det oppleves å leve med periodontitt.

Kunne du tenke deg å bidra med dine opplevelser knyttet til det?

Dersom vedkommende takker nei, vil samtalen avsluttes.

Ønsker vedkommende å delta i prosjektet fortsetter samtalen videre. Dataene vil bli samlet inn skriftlig og det vil bli sendt ut skriftlig informasjon om prosjektet og et samtykkeerklæringsskjema i forkant.

Er dette ok for deg?

Er det noe du lurer på underveis, så kan prosjektansvarlig Camilla Håvemoen kontaktes på mobilnummer 99386212 og via mail camilla1989@hotmail.no

Før samtalen avsluttes informeres det om at deltakelsen er frivillig, og at samtalen ikke forplikter til å delta og alle opplysninger vil bli anonymisert”.

Vedlegg 4.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Tenner, helse og identitet – En narrativ tilnærming av pasienters opplevelser knyttet til det å leve med en kronisk tannkjøttssykdom.

” Tenner, helse og identitet”

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor det er ønske om å finne ut noe om hvordan periodontitt påvirker livskvaliteten blant voksne. Studien du deltar i gjennomføres ved Høgskolen i Hedmark og funnene som blir gjort i forskningsprosjektet kan bli publisert i norske og internasjonale publikasjoner. Hensikten med studien er å bidra til økt kunnskap om periodontitt for helsepersonell og synliggjøre sykdommen som et folkehelseproblem.

Studien innebærer

Studien innebærer et spørsmål, som besvares uten at forsker er til stedet. For å få en forståelse av hvordan du ser på utfordringer knyttet til din sykdom, er det ønske om at du skriver en historie med utgangspunkt i det oppgitte hovedspørsmålet. Historien sendes til forsker per post eller mail. Du bestemmer selv hva og hvor mye du har lyst til å fortelle av historien din.

Eventuelle fordeler og ulemper

Å fortelle om egne opplevelser rundt sykdommen sin kan være positivt for andre som er i samme situasjon og for andre som ønsker mer kunnskap. Når pasienter deler egne erfaringer om opplevelser kan også tannhelsepersonell få økt for forståelse for pasienter med periodontitt. En utfordring kan være at det føles vanskelig å åpne seg og dele erfaringer som har vært vanskelig og viktig for deg som person. Med hensyn til det har forskningsprosjektet ingen ønske om å presse fram informasjon. Samtidig er det viktig at dersom intervjuet skaper behov for mer samtale, så settes det av tid til dette.

Informasjonen du har delt

Informasjonen du deler i prosjektet skal kun brukes i denne undersøkelsen, og vil bli

behandlet på en trygg måte. Forsker er underpålagt taushetsplikt og informasjonen som registreres vil bli behandlet uten navn og skal ikke være gjenkjennbart på noen måte. Det vil ikke være mulig å identifiserer deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til å delta, uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og sender den til camilla1989@hotmail.no. Datamaterialet anonymiseres senest ved prosjektslutt, 22.05.2015. Koder som viser forbindelse mellom navnelisten og historiene vil da bli slettet.

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Ragnfrid Kogstad

Camilla Håvemoen

Ragnfrid.Kogstad@hihm.no

Camilla1989@hotmail.no

Vedlegg 5.

Kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer

Målet med prosjektet er å få mer kunnskap om de erfaringer pasienter med periodontitt står overfor ved en kronisk sykdom i livet sitt. Ved hjelp av sykdomshistorier kommer vi nærmere personers egne opplevelser. Gjennom å studere de fortalte historiene systematisk vil en få et inntrykk og en oppfatning av hvordan det oppleves å ha en kronisk sykdom, og hvordan personene mestrer hverdagene. Kunnskapen vil utfylle eksisterende forskning om livskvalitet knyttet til periodontitt. Kunnskapen som tilegnes gjennom denne studien vil først og fremst bidra til økt egenforståelse rundt temaet, samtidig som denne kunnskapen kan komme til nytte for andre i samme fagområdet, og for de som jobber med periodontittpasienter. Det er et ønske at personer som har utviklet periodontitt blir mer synlige i tannhelsetjenesten, og at sykdommen blir mer synliggjort som et folkehelseproblem.

Studien er kvalitativ og fokuset er pasienter med periodontitt, som er en pasientgruppe i tannhelsetjenesten og privat praksis.

I utgangspunktet er ønske i denne studien å ha et utvalg på 8 informanter fra samme tannklinikk, bestående av 4 kvinner og 4 menn, i alderen 30-65 år.

Datainnsamlingen kommer til å foregå i en periode på ca. 2 uker og intervjudata som analyseres vil gi grunnlag for konklusjonene i prosjektet.

Kapittel B – Personvern

Personvern

Opplysningene som registreres om deg i denne studien er ditt navn og email-adresse. Det er ønske om god spredning på kjønn og alder, og disse bakgrunnsvariablene vil derfor bli etterspurt og registrert.

Rett til sletting av opplysninger

Dersom du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi registrert om deg. Hvis du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet opplysninger du har gitt, med mindre opplysningene allerede er blitt brukt i faglige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Resultatene fra studien kan bli publisert i arkivet BRAGE hihm Høgskolen i Hedmark og vil da være tilgjengelige for andre.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha fått informasjon om studien

(Signert, av prosjektdeltaker, dato)

Sendes til

Camilla Håvemoen

Frydenlundvegen 12

2406 Elverum

Camilla1989@hotmail.no